



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica

**Roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama
en tratamiento con quimioterapia atendidas en el
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima
- Perú, 2015**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología
Médica en el área de Terapia Ocupacional

AUTOR

Yeni VARILLAS TACZA

ASESOR

Paula Martha VELIZ TERRY

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Varillas Y. Roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - Perú, 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica; 2016.



78

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Conforme a lo estipulado en el Art. 45.2 y, Art. 100.13 de la Ley 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por el Director de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

Presidente: Lic. Mirtha Felicia Sanchez Casas
Miembros: Lic. Amelia del Rosario Olortegui Moncada
Lic. Sonia Mosqueira Chacon

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día miércoles 06 de abril de 2016, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado **"ROLES OCUPACIONALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. LIMA - PERÚ, 2015"**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Ocupacional de la Bachiller:

Yeni Varillas Tacza

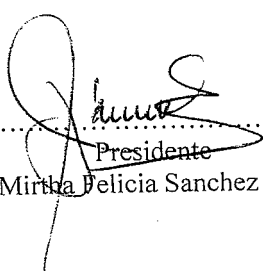
Habiendo obtenido el calificativo de:

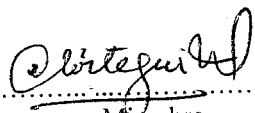
17
(en números)

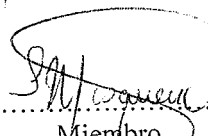
Diesisiete
(en letras)

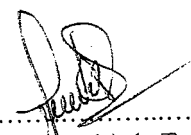
Que corresponde a la mención de: Muy Bueno

Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.


Presidente
Lic. Mirtha Felicia Sanchez Casas


Miembro
Lic. Amelia del Rosario Olortegui Moncada


Miembro
Lic. Sonia Mosqueira Chacon


Asesor (a) de Tesis
Lic. Paula Martha Veliz Terry

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por permitirme continuar con mis deseos y metas personales cada día.

También a mi familia por todo el apoyo brindado en cada momento; a mis padres, por el cariño inmenso, mi educación y la confianza en mis decisiones y proyectos; a mis hermanos, por el inmenso apoyo para continuar en cada paso que doy; a mis abuelos, que aunque no estén físicamente presentes, les agradezco por la manera increíble de haberme educado y por haber influenciado positivamente en mi personalidad.

Agradezco también a mi supervisora de internado del área de oncología, Prof. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo de la Universidad de Sao Paulo, por intercambiar y compartir tanto experiencias como conocimientos, siendo por ello, una verdadera motivación para iniciar investigación en esta área; a mi asesora del proyecto de investigación, a la Lic. Paula Martha Veliz Terry, por su apoyo y tiempo en las asesorías brindadas durante todo este proceso de investigación; al Mag. Segundo León Sandoval, por sus consejos y orientaciones en la estructuración y finalización de la investigación, a la Mag. Carmen Gloria de las Heras de Pablo, por su humildad en el conocimiento y apoyo en la revisión final de la tesis, también quiero agradecer a mis amigos por la motivación constante para continuar durante todo el proceso de investigación.

Finalmente estoy agradecida al Servicio de Quimioterapia del Instituto de Enfermedades Neoplásicas y en especial a la Lic. Flor Huamán Velazco por permitirme realizar la colección de datos en el Servicio; así como también, agradezco a las usuarias que me permitieron conocer su vida ocupacional, creo que sin ellas, no hubiera sido posible concretar la presente investigación.

DEDICATORIA

A las personas que conocí personalmente en su lucha contra el cáncer, por esa inmensa fuerza de voluntad de seguir viviendo y por enseñarme a ver la vida de otra manera, con lecciones de vidas transmitidas en frases célebres como...

"No quiero días para mi vida, quiero vida para mis días (HC, 2014)"

"Estar fuera de las posibilidades de cura no significa estar fuera de posibilidades de vida (FC, 2014)"

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama.....	50
Tabla 2: Roles ocupacionales en el pasado, presente y futuro de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.....	51
Tabla 3: Roles ocupacionales en el pasado, presente y futuro de mujeres sin cáncer de mama	52
Tabla 4: Roles ocupacionales en el pasado de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama.....	53
Tabla 5: Roles ocupacionales en el presente de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama	54
Tabla 6: Roles ocupacionales en el futuro de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama.....	55
Tabla 7: Percepción de roles ocupacionales de mujeres con cáncer de cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama.....	56
Tabla 8: Roles ocupacionales de acuerdo al grupo etario de mujeres con cáncer de cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas.....	57
Tabla 9: Roles ocupacionales de acuerdo al grupo etario de mujeres sin cáncer de cáncer.....	58

INDÍCE GENERAL

RESUMEN	07
I. INTRODUCCION	10
1.1. OBJETIVOS	12
1.1.1. Objetivos generales	12
1.1.2. Objetivos específicos	12
1.2. MARCO TEORICO	13
1.2.1. Antecedentes	13
1.2.2. Base teórica	20
1.2.2.1. El cáncer y su impacto en la salud y contexto social del ser humano	20
1.2.2.2. El Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner	25
1.2.2.3. Instrumento de autoevaluación “Listado de Roles”	28
1.2.3. Definición de términos	31
II. MÉTODOS	35
2.1. Diseño y tipo de investigación	35
2.2. Hipótesis	35
2.3. Población	35
2.4. Muestra	36
2.5. Variables	37
2.6. Operacionalización de variables	38
2.7. Técnicas e instrumentos	39
2.8. Procedimientos	40
2.9. Análisis de los datos	41
2.10. Consideraciones éticas	42
2.11. Consentimiento informado	42

INDÍCE GENERAL

III.	RESULTADOS	43
IV.	DISCUSIÓN	54
V.	CONCLUSIONES	58
VI.	RECOMENDACIONES	59
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
VIII.	ANEXOS	65

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En el Perú, el cáncer de mama ocupa el 3er lugar con un 10,3% según localización topográfica, a nivel nacional y en ambos sexos, con mayor predominio en el sexo femenino. Conocer las modificaciones en la participación de los roles de las mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, permitiría evidenciar que el impacto del cáncer no es solo de tipo biológico y/o anatómico que deviene de la enfermedad, sino también afecta las dimensiones del hacer ocupacional del ser humano. **OBJETIVOS:** Determinar los roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia. **DISEÑO:** Se realizó estudio observacional, de tipo transversal descriptivo, prospectivo. **LUGAR:** Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y población peruana en general. **PARTICIPANTES:** 25 mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia y 25 mujeres sin cáncer de mama. **INTERVENCIÓN:** se entrevistó a 50 mujeres con y sin cáncer de mama para conocer si los roles ocupacionales tenían variación en los grupos de estudio, se obtuvo los resultados mediante la aplicación del instrumento “Listado de Roles” además de una entrevista sociodemográfica. El análisis estadístico fue realizado mediante análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y análisis de frecuencias en las variables de modificaciones de roles, así como la relación entre ambos grupos de estudio. **PRINCIPALES MEDIDAS DE RESULTADOS:** Activo o no activo en el pasado; pérdida, ganancia, continuidad o ausencia en el presente y participación o no participación en el futuro de roles ocupacionales. **RESULTADOS:** se observó que las mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia presentaron mayor pérdida en 4 de 10 roles y ganancia en 1 de 10 roles a diferencia de los roles ocupacionales en las mujeres sin cáncer de mama en el tiempo presente. **CONCLUSIONES:** Se encontró que la continuidad de los roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama fue menor en frecuencia que las mujeres sin cáncer de mama en el periodo de tiempo presente. Por lo cual se evidencia que el impacto del cáncer también afecta las dimensiones del hacer ocupacional restringiendo la participación ocupacional activa en los roles.

PALABRAS CLAVE: Oncología, Roles ocupacionales, Terapia Ocupacional

ABSTRACT

INTRODUCTION: In Peru, breast cancer is third placed with 10,3% compared to others types of cancer according to topographical location, and both sex and age in the country. To know the modifications in the participation of roles in women with breast cancer under chemotherapy treatment, we would show that the cancer impact is not only biologic and/or anatomic type that comes from illness but also affects the dimensions of the occupational participation of human being. **OBJECTIVES:** To determine the occupational roles in women with breast cancer under chemotherapy treatment. **METHOD:** An observational, cross sectional and prospective study implemented. **PLACE:** The National Institute of Neoplastic Diseases and general Peruvian population. **PARTICIPANTS:** 25 women with breast cancer under chemotherapy treatment and 25 women without breast cancer. **INTERVENTION:** 25 women with and without breast cancer were interviewed to know if their occupational roles varies among the study groups. Results were obtained through the application of the instrument "List of roles" and sociodemographic survey. The statistical analysis was carried out by descriptive analysis of the sociodemographic variables and analysis of frequencies in the variables of roles modifications, as well as the relationship between the two study groups. **MAIN OUTCOME MEASURES:** Active or not active in the past; loss, gain, continuity or absence in the present and participation or not participation in the future of occupational roles. **RESULTS:** We observed that women with breast cancer under chemotherapy treatment have higher lost in 4 out of 10 roles and gain in 1 out of 10 roles unlike occupational roles in women without breast cancer at the present time. **CONCLUSIONS:** It was found that the continuity of occupational roles in women with breast cancer was lower in frequency than women without breast cancer in present time; therefore, it is evidenced that cancer impact also affects the dimensions of the occupational participation restricting the active occupational participation in the roles.

KEYWORDS: Oncology, Occupational Roles, Occupational Therapy.

RESUMO

INTRODUÇÃO: No Peru, o câncer de mama ocupa o terceiro lugar com 10,3% no país. Conhecer as modificações na participação dos papéis ocupacionais das mulheres com câncer de mama em tratamento com quimioterapia, permitirá evidenciar que o impacto do câncer não é só de tipo biológico ou anatômico a causa da doença, mas também pode afetar as dimensões do fazer ocupacional do ser humano. **OBJETIVOS:** Determinar os papéis ocupacionais em mulheres com câncer de mama em tratamento com quimioterapia. **MÉTODO:** Foi feito estudo observacional, de tipo transversal, descritivo e prospectivo. **LUGAR:** Instituto Nacional de Doenças Neoplásicas e a população peruana em geral. **CASUÍSTICA:** 25 mulheres com câncer de mama em tratamento com quimioterapia e 25 mulheres sem câncer de mama. **INTERVENÇÕES:** Entrevistou-se 50 mulheres com e sem câncer de mama para conhecer se os papéis ocupacionais influenciam nas mudanças nos grupos de estudo, obteve-se os resultados com a aplicação do instrumento “Lista de Identificação dos Papéis Ocupacionais” e a entrevista sócio demográfica. A análise foi realizada com análise descritiva de variáveis sócio demográficas e análise de frequências nas variáveis de modificações de papéis, assim como a relação de ambos grupos de estudo. **PRINCIPAIS MEDIDAS DE RESULTADO:** Activo ou não activo no passado; perdas, ganância, continuidade e ausência no presente e participação ou não participação no futuro nos papéis ocupacionais. **RESULTADOS:** Observou-se que as mulheres com câncer de mama em tratamento com quimioterapia tiveram mais perdas em 4 dos 10 papéis ocupacionais e ganância em 1 dos 10 papéis ocupacionais, e na diferença dos papéis das mulheres sem câncer de mama no tempo presente. **CONCLUSÕES:** Encontrou-se que a continuidade dos papéis ocupacionais em mulheres com câncer de mama foi menor que as mulheres sem câncer de mama no presente, como consequência se evidenciou que o impacto do câncer também afeta as dimensões do fazer ocupacional restringindo a participação ativa ocupacional nos papéis ocupacionais.

Descritores: Oncologia, papéis Ocupacional, Terapia Ocupacional.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera al cáncer como principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, habiéndose registrado 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes en el 2012, previendo un aumento de casos nuevos aproximadamente en un 70% en los siguientes 20 años. En el 2012, los cánceres más diagnosticados en mujeres fueron los de mama, colon, recto, pulmón, cuello uterino y estómago. El cáncer de mama ocupó el 5to lugar como principal causa de 521 000 defunciones.¹

En el Perú, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, registró en el periodo 2006 a 2011 los cánceres por localización topográfica y sexo, siendo el de mayor frecuencia el cáncer de cérvix (14,9 %), cáncer de estómago (11,1%), y el cáncer de mama (10,3%). El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas estimó 46 264 casos nuevos de cánceres en el 2015, el incremento de casos nuevos pudo ser influenciado por determinantes como las transiciones demográficas y epidemiológicas, la pobreza, la urbanización, los cambios en la dieta, el género, la raza/etnia, entre otros.² El cáncer es considerado un problema de salud pública debido a que alrededor del 80 % de la personas realizan consulta especializada en estadios avanzados de la enfermedad, por lo cual el tratamiento es difícil, de alto costo y de bajo rendimiento, repercutiendo de manera significativa en el rendimiento laboral, en la vida de los pacientes y sus familias.³

El cáncer de mama ocupa en el Perú el 3er lugar, con mayor predominio en el sexo femenino², el tratamiento oncológico puede ser de tipo quirúrgico, quimioterapéutico, radioterapéutico o hormoterapéutico⁴, que conllevan a una serie de alteraciones en la autoimagen, pérdida funcional, alteraciones cognitivas, emocionales y sociales⁵.

Se considera que el ser humano posee naturaleza ocupacional, siendo un proceso dinámico por el cual se mantiene la organización de cuerpo y mente durante la participación en ocupaciones como trabajo, juego y tareas de la vida cotidiana, permitiendo la estructuración de capacidades, pensamientos,

sentimientos, hábitos personales e identidades sociales a través de lo que se realiza el hacer en el día a día ⁶, que ante el agravamiento de la salud puede alterar los roles ocupacionales⁸. La participación ocupacional o participación en roles corresponde al desempeño de un conjunto de actividades que interrelacionadas cumplen con un objetivo ocupacional significativo en el tiempo, definiéndose estos por las expectativas de la persona y/o por las expectativas del medio social. Los roles ocupacionales pueden ser deseados o necesarios , como por ejemplo el rol de trabajador, miembro de familia, estudiante, entre otros; los que otorgan sentido y estructura al desempeño del mismo en un contexto sociocultural determinado.⁶

Los Roles Ocupacionales son relevantes para el ser humano, es decir, como se explicó anteriormente, son deseados o necesarios. Cuando se internaliza dicho rol, las obligaciones que devienen de estos comienzan a tener sentido en la vida de la persona y siguen un determinando patrón de comportamiento, siendo valorizado por la persona y aceptado por la sociedad, impactando positivamente en la autovaloración del individuo.⁶ Las alteraciones en los roles de forma inesperada, pueden resultar en sufrimiento, baja autoestima, pérdida de identidad personal y social, en desestructuración de la rutina y perjuicio de la calidad de vida.⁸

Investigar este tema, permitirá conocer si existen o no modificaciones en la participación de roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mamá en tratamiento con quimioterapia y, posibilitará considerar en la práctica de la terapia ocupacional en la re-significación de los roles ocupacionales, favoreciendo la independencia, autonomía y por consiguiente la mejora de la calidad de vida de dicha población afectada.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo general:

Determinar los roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2015

1.1.2. Objetivo específico:

Determinar si los roles ocupacionales varía en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia tanto en el pasado, presente y futuro.

Determinar si los roles ocupacionales varía en mujeres sin cáncer de mama, tanto en el pasado, presente y futuro.

Comparar si los roles ocupacionales varía en mujeres con y sin cáncer de mama, tanto en el pasado, presente y futuro.

Determinar la percepción de las mujeres con y sin cáncer de mama sobre los roles ocupacionales.

1.2. MARCO TEORICO

1.2.1. Antecedentes

Las investigadoras Gil y De Carlo, realizaron un estudio sobre los roles ocupacionales de personas hospitalizadas en recurrencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), con el objetivo de conocer las modificaciones de los roles ocupacionales en personas hospitalizadas en recurrencia del SIDA. El estudio fue de tipo transversal, cuantitativo y exploratorio, la muestra fue no probabilístico, conformado por dos grupos de estudio, entre ellos, el primer grupo de estudio estuvo conformado 40 personas internados con diagnóstico de VIH positivo; subdivididos en 3 grupos por tiempo de diagnóstico, mientras que el segundo grupo de estudio estuvo conformado por 12 personas sin diagnóstico de VIH/SIDA y no internados en el hospital. La obtención de la información se realizó mediante el instrumento de “Listado de Roles”, adaptada culturalmente y validada para el portugués de Brasil y el análisis del protocolo se procesó mediante el Test exacto de Fisher; complementariamente se realizó una entrevista con el 20% de las personas del grupo de estudio para la obtención de datos cualitativos, siendo analizados de acuerdo con el método de análisis de contenido.¹⁰

El estudio destacó que las personas del primer grupo presentaron mayor pérdida de roles ocupacionales que el segundo grupo, donde se evidenció una diferencia estadística y significativa para el rol del trabajador. Este proceso de pérdida guarda relación con disminución en la capacidad física durante el proceso de la enfermedad, los preconceptos y el estigma de la sociedad, dificultando así la participación en dicho rol. Debido a la complejidad de las alteraciones que conllevan la disminución de la participación ocupacional de las personas con VIH, el estudio sugirió como conclusión, el desarrollo de estrategias adaptativas y/o de ajustes psicosociales que permitiera promover y preservar sentimientos de autoestima, reconocimiento y valorización a partir de una mejor

adaptación personal y social, siendo la Terapia Ocupacional importante para intervenir en este contexto, en cuanto, a la re significación de la vida, re adaptaciones de roles para la participación ocupacional activa, exploración de nuevas habilidades para mantener la autonomía del individuo en las decisiones referentes a su persona y al contexto sociocultural.¹⁰

Cestari y Ribeiro, investigaron los roles ocupacionales en mujeres con anorexia nerviosa de tipo bulímico y restrictivo, con el objetivo de comprender como se configuraron los roles ocupacionales en dicha población. El estudio fue de tipo transversal y cuantitativo, la muestra se seleccionó por conveniencia, donde se obtuvo un grupo de 11 personas en tratamiento en el Grupo de Asistencia en Trastornos del hospital de Riberão Preto. La obtención de la información se realizó mediante el instrumento de “Listado de Roles” validado en Brasil. El estudio destacó una diferencia estadística en la pérdida de los patrones de desempeño ocupacional de roles como trabajador, voluntario, amigo y aficionado en el presente, pero con interés de retomar dichos roles en el futuro. Las dificultades en la participación de roles ocupacionales de las pacientes con anorexia nerviosa, se expresaron en cuanto a las dificultades en establecer la relación intrapersonal, es decir, definir su propia identidad y reconocer emociones propias; el aislamiento en este grupo de estudio ha sido considerado como factor de interferencia en las relaciones interpersonales y participación de roles como voluntario, amigo y aficionado. El estudio demostró que existen perjuicios psicosociales derivados de este trastorno y consideró que la evaluación de los roles ocupacionales en dicha población es una estrategia importante para la intervención de la Terapia Ocupacional a posterior, que permitirá la planificación de actividades en cuanto a la construcción de espacios más saludables, crear posibilidades de re significación en los roles ocupacionales, independencia y autonomía.¹¹

En poblaciones con cáncer de cabeza y cuello, las investigadoras Barrozo y De Carlo, estudiaron los roles con el objetivo de conocer las modificaciones en los roles ocupacionales en personas con este tipo de cáncer, ya sometidos a tratamiento quirúrgico de laringectomía total o parcial. El estudio fue de tipo cuantitativo, transversal y exploratorio, la muestra se seleccionó por conveniencia, siendo el primer grupo de estudio conformado por 30 personas atendidas en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, divididos en subgrupos de 15 personas en post-operatorio inmediato y 15 personas con un tiempo mínimo de 1 año de tratamiento post-operatorio que realizaron control médico en el área de ambulatorio; con respecto al segundo grupo de estudio, fueron seleccionados 30 personas sin diagnóstico de cáncer. Se recolectó los datos mediante el listado de “Listado de Roles” validado en Brasil. Los datos cualitativos complementarios se recolectaron mediante una entrevista abierta al 20% de personas del grupo de estudio, es decir 3 personas atendidas en el área de ambulatorio, el método de análisis fue mediante contenido temático.⁸

El estudio demostró que ocurren cambios en los roles ocupacionales en dicha población, principalmente en el rol de trabajador en el tiempo presente. El grupo de estudio consideró como muy valioso la participación de dicho rol en el futuro; sin embargo, la dificultad que se presentó debido a la enfermedad, generó un mayor riesgo de no ejercer el rol de trabajador. La conclusión del estudio resaltó al rol del trabajador como demanda significativa de la población afectada y la importancia en la re significación del rol mediante la planificación, adaptación y estrategias que favorezca la búsqueda de un nuevo trabajo significativo para la persona, y permita propiciar una participación ocupacional activa.⁸

En otro estudio, las investigadoras De Souza, Da Cruz, Ferrigno, Tsukimoto y Figliolia, analizaron la correlación entre el rol ocupacional e independencia de usuarios con lesión medular en proceso de

rehabilitación, el objetivo fue describir los roles ocupacionales y evaluar la independencia de sujetos con lesión medular en proceso de rehabilitación, donde se analizó si existe alguna relación entre las variables, es decir entre el nivel de independencia, roles ocupacionales y el grado de importancia atribuidos a los mismos. El estudio fue de tipo transversal; la muestra se seleccionó por conveniencia y estuvo conformado por 33 usuarios en proceso de rehabilitación, con más de 6 meses de evolución en un centro de rehabilitación en la ciudad de San Pablo. Los instrumentos utilizados fueron el “Listado de Roles” validado en Brasil, el Criterio de Clasificación Económico Brasileiro (CCEB) y el índice de Barthel (IB). Los procedimientos del análisis se estableció mediante los cálculos no paramétricos y el test de correlación de Spearman, donde fueron identificados 15 usuarios parapléjicos y 8 tetrapléjicos en niveles más prevalente con respecto al IB con dependencia moderada; en el CCEB, el 42% del grupo de estudio fue descrito como clase B2 de poder adquisitivo.¹²

El grupo de estudio refirió que los roles ocupacionales en el pasado fueron considerados como de mayor participación ocupacional activa; en el presente, expresaron pérdidas de roles ocupacionales en un 60%, en cuanto al rol de estudiante, trabajador, voluntario, proveedor de cuidados, ama(o) de casa, y participante de organizaciones, pero manifestaron el interés de retomar dichos roles en el futuro. El estudio también identificó la correlación positiva entre los roles ocupacionales en el presente y la independencia con un p-valor de 0,07, así como el grado de importancia de los roles ocupacionales con un p-valor de 0.03; con lo cual, se evidenció como importante la rehabilitación de las personas con lesión medular en relación a la readaptación de los roles ocupacionales, en el sentido de favorecer la reinserción social de la población afectada.¹²

Perreira, Cavalcanti, Cunha y Cordeiro, investigaron los roles ocupacionales en individuos en condiciones reumatológicas, cuyos

objetivos fueron describir los roles ocupacionales de individuos diagnosticados con artritis reumatoide e identificar el grado de importancia de dichos roles en la vidas de los mismos. El estudio se realizó en el área de reumatología del servicio ambulatorio del Municipio de Uberaba/MG. La muestra fue seleccionado de manera no probabilística y por conveniencia, conformado por 27 personas para el grupo de estudio, se utilizó el instrumento de “Listado de Roles” validado en Brasil para la recolección de datos. Los análisis de datos fueron categorizados y analizados a través de estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa).¹³

El estudio destacó que los roles más desempeñados en el pasado fueron de estudiante y amigo (96%), trabajador y ama(o) de casa (93%); mientras que en el presente, los roles que desempeñaron fueron de amigo, miembro de la familia (89%), y servicios domésticas (85%), con pretensiones de continuar desempeñando estos roles en el futuro. Con respecto a la importancia de roles ocupacionales; el rol de trabajador (89%), miembro de familia (81%), estudiante (74%), amigo (74%) y religioso (74%) fueron considerados como muy valiosos para el grupo de estudio, sin embargo, se presentaron más pérdidas que ganancias en la participación ocupacional del rol, en especial, el rol del trabajador que representó una valoración significativa pero no desempeñado en el presente.¹³

En América del norte, los investigadores Hallet, Zasler, Maurer y Cash realizaron estudios sobre los cambios de roles en adultos con traumatismo cráneo-encefálico, cuyo objetivo fue obtener información sobre los cambios en los roles en dicha población, la muestra estuvo compuesta por 28 sujetos que realizaron control médico en el Colegio Médico del Hospital de Virgina. Se utilizó como instrumento el “Listado de Roles” validado en EE.UU y una entrevista semiestructurada, siendo administrado en adultos con traumatismo cráneo-encefálico que

estuvieron en la comunidad durante al menos 8 meses antes del estudio; posteriormente los datos se analizaron en frecuencias y descritos en patrones de roles. Se utilizó el test de correlación de Spearman que determinó el grado de relación entre las variables dependientes, la puntuación en la escala de discapacidad y el número de cambios de roles descritos del protocolo. Los datos de la entrevista fueron analizados para corroborar los cambios que se generaban en cada rol.¹⁴

En el estudio se destacó que la mayoría de los roles fueron considerados como perdidas en un 71%, entre los cuales, más del 64% del grupo de estudio reportaron 3 o 4 roles perdidos en el presente siendo principalmente el rol de trabajador, rol de aficionado y amigo; a diferencia que el rol de ama(o) de casa, miembro de familia y miembro activo de un grupo religioso que se obtuvieron como ganancias de los roles en un 46,4%. Por lo tanto, el estudio favoreció la comprensión de los cambios de roles después que una persona sufriera un traumatismo cráneo-encefálico y el impacto sobre los roles ocupacionales, también consideró que los profesionales en el área de rehabilitación deben orientarse mediante el estudio en el desarrollo de las habilidades específicas y necesarias que brinden independencia, autonomía en la continuidad de roles valorado.¹⁴

Finalmente en Europa; Palmadottir, investigador de la Universidad de Akureyre, realizó un estudio sobre la participación ocupacional y el medio ambiente en mujeres islandesas con cáncer de mama, el objetivo se enfocó en explorar la participación ocupacional y el medio ambiente sobre la percepción de la salud de mujeres con cáncer de mama. El estudio fue de tipo cualitativo y estuvo conformada por 18 mujeres en edades de 37 a 66 años, con un tiempo de diagnóstico de 1 a 6 años. La recolección de datos fue dado mediante el instrumento de Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional (OPHI – II); el análisis de la entrevista se realizó mediante el proceso de trabajo de Bogdan y Biklen para el análisis

descriptivo y durante este proceso se obtuvieron 7 categorías como mantener el control y la estabilidad, experiencia en el sentido de autoestima, mejora del desarrollo personal, acceso a la información, apoyo y atención, refugio en la comunidad y oportunidades de rehabilitación, dando lugar a un análisis inductivo a la participación ocupacional y el medio ambiente sobre la percepción de la salud de mujeres con cáncer de mama.¹⁵

Como resultado del estudio, se concluye que a través de la participación ocupacional, las mujeres con cáncer de mama fueron capaces de recuperar el control de sus vidas y sentidos de competencias; por otro lado resaltaron que el apoyo emocional, la seguridad y un ambiente estimulante fueron importantes para el alivio de la angustia, lo que facilitó un afrontamiento satisfactorio ante la experiencia del cáncer. El estudio consideró que la participación ocupacional con un adecuado soporte ambiental, puede traer consigo propiedades reconstituyentes, así como también refirió que los servicios de rehabilitación y de apoyo, deben basarse en un enfoque holístico que priorizan las necesidades de la población afectada como seres ocupacionales.¹⁵

1.2.2. Base teórica

1.2.2.1. *El cáncer y su impacto en la salud y el contexto social del Ser Humano.*

El cáncer constituye un amplio grupo de enfermedades que puede alterar y afectar cualquier parte del organismo, también se le denomina tumor maligno o neoplasia maligna. El cáncer tiene como característica propia, la multiplicación descontrolada de células anormales que se extienden en proporciones mayores a los habituales, lo cual contribuye a la invasión de partes adyacentes del cuerpo o diseminación a otros órganos generando un proceso de metástasis. La metástasis es considerada como la principal causa de muerte en pacientes con cáncer. Los factores asociados al cáncer son resultados de alteraciones a nivel genético, carcinógenos físicos, químicos y biológicos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es causa principal de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, con un registro de 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes en el 2012.¹

El cáncer de mama predomina en mayor proporción en mujeres de todo el mundo, representando el 16% de todos los cánceres femeninos, aunque fue considerado como enfermedad del mundo desarrollado, el 69% de las defunciones fueron registradas en los países en desarrollo.¹⁶ En el Perú, datos obtenidos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el periodo de 2006 – 2011, describió que el cáncer de mama ocupa el 3er lugar con un 10,3% según localización topográfica y en ambos sexos a nivel nacional, en el departamento de Lima representa un 12,1%, siendo el 2do tipo de cáncer con mayor frecuencia.² El grupo etario de mayor frecuencia en Ica, fue el de 33 a 42 años según Guevara y Chacaltana¹⁷, mientras que en Lima, la media fue de 49,4 años según Rodríguez y Miro; en Lambayeque se registró con mayor frecuencia edades entre 41 a 50 años según Pinto L, Pinto T.¹⁸

Debido a la complejidad biológica del cáncer de mama, el tratamiento es de preferencia quirúrgico, en general seguido de radioterapia, quimioterapia, tratamiento hormonal o de una asociación de estos procedimientos.¹⁹ En el tratamiento con quimioterapia, el uso de citotóxicos destruye células cancerosas al interferir con la capacidad de crecimiento y división, aunque las células normales pueden ser dañadas, el tejido más sano se auto regenera. El procedimiento con quimioterapia puede ser de tipo primario/curativo, neoadyuvante, adyuvante, o paliativo, siendo administrado por vía oral, intravenoso/intra arterial, intramuscular/subcutáneo, intra cavidad, intratecal, intralesional y topical. Los efectos secundarios a corto plazo se evidencia mediante la caída de cabello, náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, estomatitis, cistitis, fatiga y dolor en el lugar del tumor; cuando la quimioterapia se realiza a largo plazo, tiene como efecto una mayor presión en la médula ósea, alopecia, reacciones de la piel, formación de crestas de uñas, disfunción sexual, fatiga, problemas neurológicos como neuropatía, pérdida de audición y conllevan a daños de órganos a nivel del hígado, corazón, riñón y pulmón²⁰, trayendo consigo una serie de alteraciones en el autoimagen, pérdida funcional, alteraciones cognitivas, emocionales y sociales.⁵

Los investigadores españoles Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, estudiaron la repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcional de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia, cuyo objetivo fue realizar descripciones de la sintomatología en la evolución, estado emocional y rutinas cotidianas en pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. La muestra estuvo compuesta por 66 pacientes, 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón. La selección se realizó en la Unidad de Oncología Médica del Hospital de Cabueñes, con pacientes en tratamiento con quimioterapia en cualquier modalidad, ya sea adyuvante, neo adyuvante o primario/curativo. Se colectó los datos mediante la utilización de los instrumentos como el

Protocolo médico, Escala de Karnofsky, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, Escala de estado general y Escala de salud percibida, Escala de calidad de vida, Entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados mediante un ANOVA factorial mixta, utilizando como variable inter la localización del tumor primario y como variable intra el tiempo. Posteriormente, se realizaron un ANCOVA factorial mixto introduciendo como covariables las puntuaciones pre-tratamiento QT en el HAD. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 15.0 para Windows.⁵

La investigación destacó la frecuencia e intensidad del cansancio en el paciente con cáncer de mama ante la continuidad del tratamiento de quimioterapia con un 36%, 50% y 55,6%; con relación al dolor, se registró incremento progresivo de 12%, 26,1% y 33,3% en conjunto con las alteraciones de sueño y alteraciones en las relaciones sexuales. Con referencia a las alteraciones emocionales y preocupaciones, fueron descritos que los 2/3 de los pacientes no refirieron ansiedad ni depresión, mientras que el resto sí lo presentaron; en ambos grupos se observaron interrupciones de las actividades laborales y actividades domésticas. El estudio sugirió que lo más eficiente sería una intervención enfocado a mantener sus rutinas, y en particular, actividades que sean significativas para las persona, lo cual permitirá evitar la inhibición de las actividades durante el tratamiento y contribuirá a la reducción de prevalencia de la depresión que se constata en esta población de estudio a lo largo de las distintas fases de la enfermedad.⁵

En el hospital se generan diferentes condiciones de hospitalización ya sea de corto y largo plazo, así como también en la realización de diversos tipos de tratamientos y procedimientos¹⁹. Durante el proceso existe ruptura de lo cotidiano, es decir, interrupciones en las rutinas diarias que el individuo estructura en su día a día²², así como la ruptura de identidad personal y social, permeada de ideas de que el cuerpo está enfermo, generando sentimientos de incapacidad que disocia de sus capacidades

mentales y despoja del control sobre sí mismo¹⁹, siendo contraproducente para que las personas asuman la responsabilidad de sus vidas y reingresen a sus roles ocupacionales.⁶ Esto puede conllevar a un profundo impacto en el estatus económico, interacciones interpersonales, y sobre todo impacta en la participación de ocupaciones, calidad de vida y bienestar.²³

En Suecia, los investigadores Arman, Rehnsfeldt, Carlsson y Hamrin, estudiaron los indicadores en los cambios en las perspectivas de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento complementario no médico, con el objetivo de conocer las causas y consecuencias percibidas por las mujeres con cáncer de mama. El estudio fue de tipo cualitativo, y la muestra estuvo conformado por 59 mujeres con cáncer de mama en cualquier estado de la enfermedad en tratamiento complementario no médico en la clínica antroposofía de Suecia. Se utilizó entrevistas semiestructurada para la recolección de datos, que fueron analizados mediante el análisis de contenido.²¹

El grupo de estudio refirió modificaciones durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, entre ellos, alteraciones en las relaciones interpersonales de tipo familiar, debido a los cambios en los estados de humores e inestabilidades emocionales. Las usuarias describieron la etiología de la enfermedad desde varias perspectivas que generaron desequilibrio en la salud mental de las mismas e interfirieron en la manera de cómo lograr el bienestar y la salud. Las visiones sobre la vida después del tratamiento oncológico y durante el tratamiento complementario no médico, fueron observadas como positivas debido a la valoración y resignificación de la vida que permitió incorporar nuevas actividades de tiempo libre que generaron intereses y placeres. Los resultados destacaron la idea que los cambios ocurridos ante el cáncer de mama están presente tanto como beneficio y daño para el paciente.²¹

En Estados Unidos, se realizó una encuesta sobre el trabajo después del diagnóstico de cáncer de mama, por la compañía farmacéutica Pfizer, la Asociación de Cáncer y Cuidadores y por el investigador Harris Poll, en 1 002 mujeres con cáncer de mama, mujeres sobrevivientes por dicha enfermedad que han trabajado o hayan buscado trabajo después del diagnóstico; también se encuestó a 102 empresarios y 200 profesionales de la salud y se obtuvo como resultado que el 55% de las mujeres con cáncer de mama, incluyendo en estado avanzado, desearon trabajar por razones financieras y emocionales, debido al factor económico (59%), razones psicosociales como el deseo de sentirse productiva (41%), cuestiones de realización personal (38%) y el deseo de sentirse bien como si no tuviera la enfermedad (29%).²⁵

A pesar del deseo de trabajar, el 48% de las encuestadas afirmaron que el diagnóstico y los tratamientos con consecuencias de efectos secundarios (36%) han impactado negativamente en la vida laboral, que generó decisiones como tomar días extras de licencia en el trabajo, presentar un esquema laboral reducido, presentar licencias pagadas o sin goce de sueldo por parte de la empresa o finalmente la renuncia. Por otro lado, la disparidad entre las medidas de apoyo y beneficios de la empresa frente a la información brindada por las mujeres con cáncer de mama resultaron por la falta de comunicación, a pesar que el 91% de los empresarios refirieron que la empresa brindó apoyo a los empleadores en condiciones de salud grave; sin embargo, la mayoría de las mujeres encuestadas no refirieron sobre la enfermedad en el trabajo para conseguir modificaciones en el área laboral (51%), obtener derechos legales (72%) y programas para afrontar la situación de cáncer (73%). Por último, el 50% de las mujeres con cáncer de mama afirmaron que la vida laboral no ha sido considerado como importante durante el tratamiento, siendo sustentado en que el 87% de los médicos oncólogos, 92% de enfermeras, trabajadores sociales no presentaron herramientas para

comprender y explorar el entorno y comprender la importancia del trabajo en mujeres con cáncer de mama.²⁵

1.2.2.2. *El Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner*

Este modelo conceptual de la práctica de Terapia Ocupacional, considera que el ser humano posee naturaleza ocupacional. La ocupación se refiere a la acción o el hacer único de cada individuo, de un conjunto amplio y complejo de cosas que tienen sentido para su vida. La necesidad que el ser humano tiene de hacer cosas, responde a una búsqueda de su propio sentido de eficacia y placer, por lo que la ocupación humana representa la diversidad del hacer de las personas.^{6,7,24,37}

En el día a día, existen elecciones de actividades definidas como decisiones propias y de corto periodo que permite establecer un compromiso de continuidad o abandono en las actividades⁶, y por otro lado, existen las elecciones ocupacionales cuyo compromiso deliberado permite establecer roles ocupacionales, adquirir nuevos hábitos o emprender un proyecto personal³⁷. Ambas tipos de elecciones son el resultado del proceso volitivo de todo ser humano mediante la interacción dinámica de experimentar, interpretar, anticipar y elegir el comportamiento ocupacional.^{6,7,24,37} La volición, definida como la motivación por el hacer, corresponde a patrones de pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo como participante en la vida ocupacional que a través de un proceso interactivo de sus dimensiones (la causalidad personal, valores e intereses), junto con el impacto ambiental, dan como resultado la elección del hacer”.³⁷

En el transcurrir de la participación en ocupaciones, las personas generan patrones semiautónomas de comportamiento conocidas como Habitación.^{6, 7,24} La habitación corresponde a la organización interna de información que predispone a la persona a mostrar patrones recurrentes de comportamientos frente a situaciones ambientales similares.³⁷ La habitación se establece de los hábitos y roles internalizados. Los hábitos

son considerados como tendencias ya adquiridas para responder y desempeñarse consistentemente de ciertas maneras ante situaciones conocidas³⁷, reflejando los hábitos únicos de desempeño, hábitos de rutina y hábitos de estilo de la persona. Los roles ocupacionales corresponde a la incorporación de un estatus definido social o propio de la persona, así como de las expectativas personales y sociales del grupo de actitudes y comportamientos que guardan relación con su desempeño³⁷, estos influyen en la forma y el contenido de nuestras acciones y patrones de comportamiento que se sostienen en el tiempo, lo cual favorece la participación en ocupaciones del ser humano en diferentes contextos como roles de trabajador, estudiante , entre otros.^{6,7,24}

En el proceso de habituación, la negociación es constante e inmediata o a largo plazo entre los patrones internalizados de pensar, sentir y actuar del ser humano y los eventos o circunstancias personales y ambientales que demandan un cambio de ellos. En el proceso de cambio se produce un ciclo que consiste en la invalidación de formas propias de responder y hacer, la exploración de nuevas formas de organización, estilos de comportamientos, y la práctica repetida de nuevas formas de desempeño ante situaciones similares que propician la constitución de un nuevo patrón de comportamiento, siendo ello, internalizado en patrones estables de participación ocupacional.³⁷ El cambio en los roles de manera súbita, ya sea por una enfermedad, eventos naturales o sociales, es complejo³⁷ y conlleva al quiebre del sentido y estructura al desempeño del ser humano en un contexto sociocultural, lo cual, genera alteraciones en las relaciones con los otros y desorganización del propio estilo de vida , por consiguiente, trae consigo la disminución en la participación de roles significativos, siendo perjudicial, debido a que afectan el bienestar físico, mental, psicológico y estructuración de la vida cotidiana.^{6,7}

El Modelo de Ocupación Humana considera también que la participación en ocupaciones está mediada por la capacidad de desempeño. La capacidad de desempeño, incluye el componente objetivo comprendido por las capacidades subyacentes como son las capacidades perceptivas, cognitivas, motoras, emocionales, entre otras, que resultan de las estructuras y funciones de los sistemas musculo esqueléticos, nerviosas, cardiopulmonares, gastrointestinales, entre otras. Estas capacidades evolucionan en el desarrollo de las habilidades durante el uso en la participación con el medio ambiente. Por otro lado, el componente subjetivo o el “cuerpo vivido”, que corresponde a la experiencia subjetiva de las personas acerca de su propio cuerpo y mente durante el desempeño ocupacional, influyen de manera importante y significativa la participación ocupacional activa.^{6, 7, 24,37}

Otro componente importante es el Ambiente, definido como conjunto de características físicas, sociales, culturales, económicas y políticas de los contextos personales que impactan en la motivación, organización y capacidad de desempeño del ser humano, a través de la facilitación de oportunidades y recursos para el desempeño ocupacional, como de las demandas de participación y restricciones que este presenta para cada persona. El impacto ambiental en la participación ocupacional, es considerado como único para cada persona según sus características volitivas, de habituación y capacidad de desempeño.^{6, 7, 24,37}

La interacción constante entre los factores personales y los factores físicos, sociales y del medio ambiente emerge el hacer único de las personas. Este hacer único se manifiesta en tres dimensiones: las habilidades ocupacionales (las acciones con propósito), el desempeño ocupacional (el hacer de las formas ocupacionales/tareas) y la participación ocupacional (desempeño de roles ocupacionales), denominándose estas como Dimensiones de Participación en el Hacer.³⁷ Las Dimensiones de Participación en el Hacer se encuentran vinculadas

entre ellas, por lo cual su impacto es recíproco. Estas dimensiones de participación en el hacer se expanden, trayendo consigo formas de participación que el ser humano puede alcanzar como la participación en roles, que a su vez, implica la participación en una o más actividades significativas para cumplir con los roles, el hacer de una o más formas ocupacionales, el realizar uno o más pasos de una forma ocupacional, el desempeñar una o más acciones de un paso de una forma ocupacional y la dimensión más básica de participación, el experimentar a través del sentir del ser humano en el contexto ocupacional.^{6,7, 24,37}

1.2.2.3. Instrumento de autoevaluación “Listado de Roles”

El Listado de roles se desarrolló para obtener información sobre la percepción de la persona en cuanto a la participación de roles ocupacionales durante su vida y el valor que asigna a los roles ocupacionales. Las mediciones iniciales de confiabilidad de la prueba indican que el instrumento de autoevaluación se estableció en el tiempo con poblaciones de adolescentes, adultos y adultos mayores⁶. La validación del instrumento han sido dados en tres versiones, en el idioma francés (1995), idioma español (2002) e idioma portugués (2007), la versión en español tuvo aceptable fiabilidad de prueba – repetición de prueba en el idioma.⁷

El Listado de roles es una autoevaluación donde se relacionan la identificación personal con los roles ocupacionales, el valor asignado a los mismos y el impacto en la organización de la rutina de la persona en el pasado y presente, incluyendo la anticipación volitiva hacia el futuro desempeño de estos, siendo influenciado por diversos factores personales y ambientales, entre ellos la causalidad personal.³⁷

En la investigación se consideró el análisis en los tres periodos de tiempos como pasado, presente y futuro, que permitió analizar si la persona tuvo presencia o ausencia de roles significativos, si existió congruencia entre la participación de roles y el valor asignado. Los descripción de los

periodos de tiempos fueron considerados según la administración del instrumento de autoevaluación Listado de Roles, siendo referido como Pasado al periodo de tiempo que van más allá de la semana anterior a la entrevista; el Presente, referido al período de tiempo en que se realizó la entrevista e incluyó la semana anterior; el Futuro, fue descrito como periodo de tiempo que inició el día siguiente de la entrevista, la próxima semana, el próximo mes o el próximo año⁶.

La estructuración de las variables en la investigación fueron establecidos mediante la revisión de las investigaciones realizadas donde se utilizó el Listado de Roles como instrumento de recolección de datos^{8,10-14}, así mismo, el investigador reformuló los variables de acuerdo a los objetivos del estudio. Por lo cual, consideró en el tiempo Pasado variables como dimensión *Activo en el rol*, definido como la participación ocupacional activa del rol ocupacional en el pasado, y la dimensión *No activo en el rol*, descrito como la no participación ocupacional activa del rol ocupacional en el pasado. Con relación al tiempo Presente, fueron establecidos las siguientes variables: la dimensión de *Pérdida de rol*, descrito como rol activo en el pasado con pérdida de rol en el presente; la dimensión de *Ganancia del Rol*, referido como rol ausente en el pasado con ganancia de rol en el presente; la dimensión de *Continuidad del rol*, definido como rol activo en el pasado y presente, y la dimensión de *Ausencia de rol*, descrito como rol no activo en el pasado y rol ausente en el presente. En el tiempo Futuro, se consideraron dos variables, descritos como la dimensión *de Participación en el rol*, referido al rol ocupacional que la persona considere participar en el futuro y la dimensión *No participación en el rol*, descrito como rol ocupacional que la persona no considera participar en el futuro. Con respecto a la percepción de manera general por cada rol ocupacional fue considerado como importante en el estudio, porque permitió conocer la motivación por el hacer y su significancia durante la historia ocupacional de las participantes del estudio.

Las participantes del estudio, establecieron la identificación del rol en los tiempos pasado, presente y futuro, y el valor asignado por cada rol ocupacional mediante una marca en aspa en el instrumento Listado de Roles, el instrumento presentó las definiciones por cada rol ocupacional y datos adicionales para su administración (anexo 3). Posteriormente los roles ocupacionales fueron analizado por cada periodo de tiempo y sus respectivos variables, siendo más viable la comprensión de los resultados mediante el análisis de frecuencias relativas y absolutas.

1.2.3. Definición de términos

Cáncer de mama es un tipo de tumor maligno que se origina en las células del seno, dicho tumor está formado por un grupo de células cancerosas que pueden invadir tejidos circundantes o pueden propagarse generando una metástasis en áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad afecta en su mayoría a la población de mujeres y en menor proporción en los varones.²⁶

Capacidad de desempeño es la capacidad subyacente que permite a la persona desarrollar las habilidades necesarias para realizar las tareas cotidianas. Se compone por la condición de componentes objetivos, ya sean físicos, mentales y la experiencia subjetiva correspondiente.^{6, 7,24}

Causalidad personal corresponde al sentido de capacidad (reconocimiento de capacidades físicas, intelectuales y sociales) y sentido de eficacia (tener convicción sobre la utilidad de las propias habilidades personales), lo cual provee de un sentido de control sobre las acciones propias en el día a día y anticipa un éxito razonable en la participación ocupación.^{6,7, 24}

Cuerpo vivido es la experiencia subjetiva del ser humano acerca de su propio cuerpo y mente que se genera durante la participación y desempeño ocupacional a través de una conexión inmediata con el medio ambiente.^{6,7,24}

Desempeño ocupacional se refiere al hacer de una forma ocupacional.^{6,7,24}

Habitación es la internalización semiautomática de patrones constantes de comportamientos ante características de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutina, guiados por los hábitos y roles.^{6, 7,24}

Hábitos son tendencias adquiridas de responder automáticamente y actuar en ciertas formas constantes en ambientes o situaciones conocidas.^{6,7, 24}

Hacer significa explorar y practicar la propia capacidad de experimentar, responde y resolver situaciones del día a día.³⁷

Intereses es la percepción subjetiva de lo uno encuentra placentero o le satisface hacer independientemente del área ocupacional con que se vincule.^{6, 7,24}

Participación ocupacional es la participación en roles el trabajo, juego o actividades de la vida diaria que forman parte del contexto sociocultural, siendo deseados y/o necesarios para el bienestar.^{6, 7, 24}

Quimioterapia es un tipo de tratamiento que consiste en el uso de citotóxicos o drogas que destruyen células cancerosas, interfiriendo con la capacidad de crecimiento y división.²⁰ Los citotóxicos o drogas pueden ser ingeridas o inyectadas en las venas, músculos o sobre la piel lo que genera la propagación en todo el cuerpo y su acción no encuentra obstáculos anatómicos¹⁹, aunque las células normales pueden ser dañadas, el tejido más sano se auto regenera.²⁰

Quimioterapia adyuvante es un tratamiento mixto que se realiza posterior a la cirugía para eliminar micro metástasis y aumentar la probabilidad de cura en algunos tipos de cáncer.²⁰

Quimioterapia neoadyuvante es un tratamiento previo a cirugía para reducir el tamaño del tumor con el objetivo de facilitar el procedimiento quirúrgico y prever mayor probabilidad de cura.²⁰

Quimioterapia primario o curativo es un tratamiento que es dado por sí solo o en combinación con otras modalidades con el objetivo de erradicar todas las células tumorales.²⁰

Quimioterapia Paliativa es un tratamiento que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, aunque no necesariamente se incrementa la expectativa de vida.²⁰

Listado de roles es un instrumento que permite obtener información sobre las percepciones de las personas en la participación de roles ocupacionales durante su vida y el valor asignado a esos roles ocupacionales.^{6,7, 24}

Modelo de ocupación humana es un modelo conceptual de la práctica de Terapia Ocupacional holístico centrado en la persona y basado en la ocupación. Explica la participación del hombre en las ocupaciones a traves de su teoría y la coherencia de esta con sus procedimientos de evaluación e intervención específicos y una investigación teórico – práctica desde 1975.³⁷

Ocupación se refiere al hacer de las actividades cotidianas que las personas realizan como seres individuales, con la familia y con la comunidad para ocupar el tiempo y traer significado y propósito a la vida. Las cosas que las personas hacen incluyen aquellas que las personas necesitan, quieren y se espera que hagan.²⁷

Rol ocupacional es la incorporación de un estatus definido social o personalmente y las expectativas sociales y personales del grupo de actitudes y comportamientos relacionados con su desempeño.³⁷

Terapia Ocupacional es una profesión de la salud centrada en el cliente para promover la salud y el bienestar a través de la ocupación, con el objetivo de permitir la participación en actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales trabajan con las personas y las comunidades para favorecer la capacidad de participar en ocupaciones que el cliente quiere, necesitan o se espera que hagan, mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para brindar un mejor soporte en la participación ocupacional.²⁷

Valores son convicciones personales acerca de lo que es importante, incluyendo lo es significativo de hacer.^{6,7,24}

Volición es la motivación por el hacer. Se refiere al patrón de pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo como actor en el mundo propio que se despliega cuando se anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que se hace. Estos pensamientos y sentimientos se relacionan con lo que uno encuentra importante (valores), placentero (intereses) y con lo que uno percibe como capacidad y eficacia personal.^{6,7,24}

II. MÉTODOS

2.1. Diseño y tipo de investigación

Se realizó estudio observacional, de tipo transversal descriptivo, prospectivo.

2.2. Hipótesis

Puede haber pérdidas en la participación de roles ocupacionales como Rol del Trabajador, Rol de Proveedor de Cuidados, Rol de Amigo y Rol en la Participación de Organizaciones en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia en comparación con mujeres sin cáncer de mama .

2.3. Población

Estuvo compuesto por mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y en mujeres sin cáncer de mama.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia adyuvante a partir del 2° ciclo atendidas en el área de quimioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Mujeres sin diagnóstico de cáncer de mama que fueron seleccionadas por conveniencia y que guarden correlación con la encuesta sociodemográfica de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.
- Ser mayores de 18 años, sexo femenino, que accedan colaborar con el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Tener capacidad para concentrarse, leer, evocar pensamiento y escribir.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que no presenten condiciones clínicas estables y/o cognitivas que permitan la aplicación del instrumento.
- Mujeres que no desean participar o no firmen el consentimiento informado.

2.4. Muestra

El cálculo de muestra se realizó usando el paquete estadístico **Epi Info**²⁷ utilizando los siguientes parámetros.

- Nivel de confianza: 95%
- Poder: 80%
- Razón entre expuestos y no expuestos: 1:1
- % de cambio en el grupo no expuesto (sin cáncer): 10%(*)
- % de cambio en el grupo expuesto (con cáncer): 50%(*)

(*) El % de cambio en el grupo expuesto como no expuesto, fueron obtenidos en relación al promedio de los roles ocupacionales de las investigaciones realizadas.^{7, 9-13}

El tamaño de muestra por grupo, expuesto y no expuesto será de 25 participantes.

- Grupo expuesto conformado por 25 participantes mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapias atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Grupo no expuesto conformado por 25 participantes mujeres sin cáncer de mama que se encuentren dentro de la población Peruana.

2.5. Variables

Variables independientes:

Mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia

Variables dependientes:

Roles ocupacionales, será cuantificado en patrones de roles como:

TIEMPOS	INDICADORES
PASADO	Activo en el rol
	No activo en el rol
PRESENTE	Pérdida de rol
	Ganancia de rol
	Continuidad de rol
	Ausencia de rol
FUTURO	Participación en el rol
	No participación en el rol

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA	INDICADOR	INSTRUMENTO
Mujer con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia	Mujer con diagnóstico oncológico en cualquier estadio del cáncer que realiza tratamiento con quimioterapia.	Estadio de enfermedad y procedimiento quimioterapéutico.	Independiente, cualitativo.	Nominal	Historia clínica	Lista de chequeo
Roles Ocupacionales	Participación activa del rol ocupacional en el pasado.	Activo en el rol	Dependiente, cualitativo.	Nominal		Listado de roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985).
	Participación no activa del rol ocupacional en el pasado.	No Activo en el Rol				
	Rol activo en el pasado con pérdida del rol en el presente.	Pérdida del rol				
	Rol no activo en el pasado con ganancia del rol en el presente.	Ganancia del rol				
	Rol activo en el pasado y presente.	Continuidad del rol				
	Rol no activo en el pasado, ausente en el presente.	Ausencia del rol				
	Rol ocupacional que la persona considera participar en el futuro.	Participación en el rol				
	Rol ocupacional que la persona no considere participar en el futuro.	No participación en el rol				

2.7. Técnicas e instrumentos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos se dio a través del investigador, lo cual instruyó a los participantes del estudio sobre la aplicación del instrumento que se les brindó.

El instrumento para la recolección de datos fue un protocolo de autoevaluación que se presentó como nombre de listado de roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985)^{6, 7, 29} (Anexo N° 3), que consiste en una lista de diez roles que incluyen roles de estudiante, trabajador, proveedor de cuidados, ama o amo de casa, amigos, miembros de familia, participante religioso, aficionado y participación de organizaciones, también incluyó una categoría de “otros roles”, cada rol describe una breve definición. La primera parte de protocolo presentó los diez roles bajo la clasificación en el pasado, presente y futuro, lo cual se consideró el presente no solo al día de la entrevista sino también la semana anterior, el pasado se refirió al periodo de tiempo anterior a la semana anterior de la entrevista y el futuro fue considerado como cualquier tiempo que se inicia al día siguiente, la próxima semana, el próximo mes o el próximo año. En la segunda parte, se repitió los diez roles bajo la clasificación de Muy valioso, Algún valor y No muy valioso, refiriendo el termino Valioso como aquel rol importante o significativo en la vida de la persona. La administración requirió aproximadamente de quince minutos y fue apropiado para jóvenes, adultos o personas de la tercera edad.^{6,7,29}

2.8. Procedimientos

La aprobación del proyecto de investigación en el Anexo N°6, fue realizada por la jefatura del Departamento de Investigación, así como el Consentimiento Informado en el Anexo N°7, fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Con la documentación emitida de aprobación, se coordinó con el jefe del área del Servicio de Quimioterapia para la recolección de datos. La recolección de datos se efectuó los días lunes a viernes de 8:00 am hasta 12:00 pm en los meses de setiembre a octubre del año 2015.

Se inició la recolección de datos con la revisión previa de la Historia Clínica de manera diaria y anotación en la Lista de chequeo (Anexo N°1) del primer grupo de estudio, es decir, mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, que permitió determinar el primer grupo de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión correspondiente; posterior a ello, el investigador realizó un proceso de sensibilización por el tiempo de 15 minutos de manera individual, que consistió en la presentación del investigador, explicación del proceso de selección como parte del grupo de estudio, los objetivos de la investigación y la administración del instrumento en lenguaje claro y sencillo, de igual manera, se resolvió las dudas o interrogantes sobre la participación en cuanto a las consideraciones éticas. Posterior a la aprobación de la usuaria para participar del grupo de estudio, se procedió a la firma del consentimiento informado, previamente ya leído por la misma.

El instrumento de autoevaluación que se aplicó fue el “Listado de Roles” con Anexo N°3 de manera individual y con la presencia del investigador que permitió explicar la administración del instrumento y absolver interrogantes por parte de las participantes del primer grupo de estudio. Luego, el investigador entregó una encuesta sociodemográfica, elaborado por el mismo, que fue resuelto por el primer grupo de estudio para obtener datos como edad cronología, estado civil, grado de instrucción, lugar actual de

residencia y aspectos laborales que se encuentran en el Anexo N°4. Con los datos que se obtuvieron de la encuesta sociodemográfica se determinaron características de las participantes del segundo grupo dentro de la población peruana, es decir, mujeres sin cáncer de mama.

La selección del segundo grupo de estudio, mujeres sin cáncer de mama en la población peruana, fue realizada por conveniencia de manera aleatoria y con ayuda de la distribución de la información sobre las características sociodemográficas del primer grupo estudio en redes sociales, se identificó a las participantes del segundo grupo de estudio, el investigador se acercó personalmente en los lugares donde las participantes vivían y con previo aviso y permiso se realizó la recolección de datos. De manera presencial y personal se explicó proceso de selección como parte del grupo de estudio , los objetivos de la investigación, los tipos de instrumentos de evaluación en lenguaje claro y sencillo, posterior a la aceptación de participación en el estudio, la participante procedió a la firma del Consentimiento Informado aceptado por el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, y se aplicó el Listado de Roles , así como la encuesta sociodemográfica que fueron valorados para determinar la veracidad de los aspectos sociodemográficos del primer grupo y comparar otros aspectos como de la encuesta sociodemográficas como empleo y salario.

2.9. Análisis de Datos

El análisis estadístico de los datos consistió en el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, incluyendo análisis univariado de las variables: tener y no tener cáncer, y modificaciones de roles. También se realizó un análisis bivariado usando tablas de contingencia para analizar la variable Rol, las respectivas dimensiones y su relación entre ellas con el análisis de sus frecuencias.

2.10. Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas fueron sustentadas por el consentimiento informado que se le brindó a los grupos que han sido investigados, es decir, se garantizó la total confidencialidad de sus datos personales; la No Maleficiencia, ya que los resultados no fueron utilizados en perjuicio de su tratamiento, así como también se informó que no hay remuneración ni cobro alguno por participar en el proceso de investigación.

2.11. Consentimiento informado

El consentimiento informado fue proporcionado a ambos grupos que cumplan los criterios de inclusión y excluyente correspondiente. La información permitió a la participante conocer las especificaciones del estudio de manera clara, lo que resultó en la aceptación voluntaria o el rechazo a ser parte del grupo de estudio. Los formatos se encontraran en el Anexo N°2

III. RESULTADOS

Se entrevistó a 50 mujeres, 25 con cáncer de mama y 25 sin cáncer de mama. La edad promedio de todas fue de 51.1 años (DE 10.3 años, rango 24 – 77), de las cuales, el 56% estuvo en el grupo etario de 40 a 50 años. La mayoría reportó tener educación secundaria (72%), estar casadas (48%) y ser residentes en su mayoría de distritos del cono este (40%). De todas las mujeres con cáncer de mama, solo 20% trabaja actualmente y sus salarios son superiores al sueldo mínimo vital solo en 8% de ellas, mientras que 80% no reportan ingreso alguno. La actividad económica que la mayoría de ellas practica es el comercio (76%). De todas las mujeres sin cáncer de mama, el 84% actualmente trabaja y sus salarios son superiores al sueldo mínimo vital en 60% de ellas, mientras que 16% no reportan ingreso alguno y la actividad económica que la mayoría de ellas practica es el comercio (72%). (Ver tabla 1)

El rol del estudiante en mujeres con cáncer de mama en el pasado fue considerado como rol no activo en el 68% de las participantes, así mismo, mantuvo la misma frecuencia para el tiempo presente como ausencia del rol y no participación del rol ocupacional para el futuro. En el rol del trabajador, se observó que el 80% de las ellas, establecieron participación activa en el pasado, mientras que en el presente hubo pérdida del rol en el 60% de las participantes, y con posibilidad de participar en el rol a futuro, se observó en un 80% de ellas. El rol de voluntario se mantuvo como rol no activo en el pasado en un 84% de las participantes, en el presente se estableció la misma frecuencia como ausencia del rol y en el 88% de ellas, consideraron participar de dicho rol en el futuro. El rol de proveedor de cuidados se destacó en el pasado como un rol activo en un 76% de las participantes, sin embargo, en el presente se observó modificación en el 52% de ellas con relación a pérdida del rol y en el futuro, el 84% de ellas consideraron participar en el rol de proveedor de cuidados; con relación al rol de ama de casa, se evidenció que todas las participantes mantuvieron un rol activo en el pasado; mientras

que en el presente, el 72% de las participantes presentaron continuidad en el rol; y en el futuro, todo el grupo de estudio consideraron participar en el rol ocupacional. El rol del amigo se mantuvo como rol activo en el 84% de ellas, sin embargo se observó pérdida del rol en el tiempo presente en un 64% de las participantes y solo el 92% de ellas, consideraron participar en el rol a futuro. Con respecto al rol de miembro de familia, se observó que el 84% de ellas, se mantuvieron activos en el rol durante el tiempo pasado; mientras que en el presente, el 60% de las participantes presentaron continuidad del rol y en el futuro, se destacó que todas las participantes pretenden participar del rol ocupacional. El rol de miembro activo religioso fue considerado para las participantes como un rol no activo en el 56% de ellas, sin embargo, se observó que el 32 % de participantes presentaron ganancia del rol; así como el 28% de las participantes que mantuvieron participación activa en el pasado, describieron el rol ocupacional como perdida; y en el futuro, el 84% de ellas consideraron participar en el rol. El rol del aficionado se observó cómo rol activo en el pasado en el 84% de ellas; en el presente, el 56% de las participantes describieron al rol del aficionado como pérdida del rol, sin embargo, el 88% de ellas consideran participar del rol ocupacional en el futuro. El rol en la participación de organizaciones, el 84% de las participantes, manifestaron que no participaron activamente del rol en el pasado, la frecuencia que se estableció en el pasado se mantuvo constante en el tiempo presente como ausencia del rol y la no participación del rol en un 72% de ellas. (Ver tabla 2)

En mujeres sin cáncer de mama, se observó al rol del estudiante como rol no activo en el 92% de las participantes, manteniendo la misma frecuencia en el presente como ausencia de rol y en el futuro, el 84% de ellas consideran no participar en el rol. Con relación al rol del trabajador, el 76% de las participantes, establecieron un rol activo en el pasado, la frecuencia se mantuvo en el presente como continuidad del rol y en el futuro, el 84% de ellas consideran participar en el rol ocupacional; el rol del voluntario fue considerado como un rol no activo en el pasado para el 84% de participantes,

mientras que en el presente, se observó que el 84% de ellas describieron el rol como ausente, sin embargo, el 72% de las participantes consideran participar del rol en el futuro. Con relación al rol del proveedor de cuidados, el 64% de las participantes refirieron rol activo en el pasado, se mantuvo la misma frecuencia del pasado en el presente siendo descrito como continuidad en el rol ocupacional y en el futuro, el 76% de las participantes consideran participar en el rol. En el rol de ama de casa y rol de miembro de familia, mantuvieron las frecuencias, y todas las participantes describieron a ambos roles como activos en el pasado, con continuidad de los roles en el presente y participación de los roles en el futuro; en el rol de amigo, el 72% de ellas, consideraron como un rol activo en el pasado, la misma frecuencia se estableció para el tiempo presente, siendo descrito como continuidad del rol y en el futuro, el 84% de ellas, desean participar en el rol ocupacional. Con relación al rol de miembro activo religioso, se observó que el 60% de las participantes, refirieron como no activo en el pasado, en el presente se estableció como rol ausente para el 48% de ellas, y en el futuro, el 92% de las mujeres sin cáncer consideran participar en el rol ocupacional. El rol de aficionado fue descrito como rol activo en el pasado en el 56% de las participantes; en el presente, el 56% de ellas refirieron continuidad en el rol y en el futuro, el 96% de las participantes pretenden participar en el rol de aficionado. En el rol en la participación de organizaciones, se destacó que el 84% de las participantes consideraron como rol no activo en el pasado, la misma frecuencia se estableció en el presente como rol ausente y en el futuro, el 68% de ellas, no pretenden participar del rol ocupacional. (Ver tabla 3)

La comparación de roles ocupacionales entre ambos grupos de estudio en el tiempo pasado, se observó que mantuvieron frecuencias similares en cuanto a roles activos como trabajador, proveedor de cuidados, ama de casa, amigo, miembro de familia y aficionado, entre tanto, los roles considerados no activos fueron el de estudiante, voluntario, miembro activo religioso y en la participación de organizaciones. (Ver tabla 4)

En el presente, el rol de estudiante, rol de voluntario y rol en la participación de organizaciones fueron considerados como roles ausentes, mientras que el rol del trabajador, rol de proveedor de cuidados, rol de amigo y aficionado fueron destacados como pérdida de roles para mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia en comparación a mujeres sin cáncer que mantuvieron continuidad en la participación del rol; con relación al rol de miembro activo religioso, se evidenció como rol de ganancia y pérdida en mujeres con cáncer de mama y ausencia del rol ocupacional en mujeres sin cáncer de mama. Se reafirmó la hipótesis dada, sobre la pérdida de la participación en roles ocupacionales como rol del trabajador, rol de proveedor de cuidados, rol de amigo, sin embargo, el rol en la participación de organizaciones se consideró hipótesis nula. (Ver tabla 5)

En el futuro, el rol de estudiante y rol en la participación de organizaciones fueron considerados como roles de no participación para ambos grupos de estudio, sin embargo, el rol como trabajador, rol de voluntario, rol de proveedor de cuidados, rol de ama de casa, rol de amigo, rol de miembro de familia, rol de miembro activo religioso y rol de aficionado fueron considerados como roles de participación futura. (Ver tabla 6)

El grado de importancia de los roles ocupacionales, descrito como la percepción sobre el desempeño ocupacional en dichos roles, destacaron como roles “muy valioso”, el rol de trabajador (72%), proveedor de cuidados (72%), y miembro activo religioso (56%) en mujeres con cáncer de mama, también considerado como pérdida de roles en el presente y ganancia del rol de miembro activo religioso para mujeres con cáncer de mama con rol no activo en el pasado; mientras que roles de amigo (56%) y aficionado (52%), también considerados como pérdida de rol en el presente, representaron con grado de importancia de “algún valor” a “muy valioso”; y en el rol en participación de organizaciones, se observó como rol “no muy valioso” para mujeres con cáncer de mama. En los roles ocupacionales de mujeres sin cáncer de mama, se destacó que 9 de 10 roles ocupacionales fueron

asignadas como roles “muy valioso” a diferencia del rol en participación de organizaciones cuya percepción fue de “algún valor” a “no muy valioso”. (Ver tabla 7)

Con respecto a los roles ocupacionales de acuerdo al grupo etario (<40 años), se observó en el pasado, rol activo de estudiante para ambos grupos de estudio; en el presente destacó la pérdida de rol para la mujer con cáncer de mama a diferencia de la continuidad del rol para la mujer sin cáncer de mama y en ambos grupos consideran participar en el rol a futuro. En el rol de trabajador, voluntario, proveedor de cuidados, ama de casa, amigo, miembro de familia, no se observó modificaciones en los roles en comparación de ambos grupos. En el rol de Miembro activo religioso, se mantuvo como rol no activo en el pasado y ausencia del rol en el presente para ambos grupos, sin embargo, la mujer con cáncer de mama considero no participación del rol a futuro a diferencia de la participación del rol a futuro de la mujer sin cáncer de mama. Con relación al rol de aficionado, en el pasado fue considerado como rol activo, en el presente se observó pérdida del rol en la mujer con cáncer de mama y continuidad del rol para la mujer sin cáncer de mama y en el futuro, la mujer con cáncer de mama no considera participar del rol a diferencia que la mujer sin cáncer si considera participar del rol a futuro. El rol de participación de organizaciones, se evidenció cómo rol no activo en el pasado, ausencia del rol en el presente en ambos grupos y en el futuro la mujer con cáncer de mama no considera participar del rol a diferencia de la mujer sin mama. (Ver tabla 8,9)

Los roles ocupacionales de acuerdo al grupo etario (40- 50 años), fueron descritos como rol no activo de estudiante en el pasado para ambos grupos de estudio, representado en el 52% para mujeres con cáncer de mama y 36% para mujeres sin cáncer de mama; en el presente, se destacó la ausencia de rol para ambos grupo manteniéndose las mismas frecuencias y en el futuro, las mujeres con y sin cáncer consideraron no participación en el rol. El rol de trabajador, proveedor de cuidados y amigo, se observó cómo roles activos

en el presente para ambos grupos; en el presente, se evidenció perdidas de roles para mujeres con cáncer y continuidad de roles para mujeres sin cáncer de mama y en el futuro, las mujeres con y sin cáncer consideraron participar en el rol. En ambos grupos de estudio; el rol de voluntario, se mantuvo como roles no activo en el pasado; en el presente, se evidencio ausencia de los roles y consideran participar de los roles en el futuro. En ambos grupos, el rol ama de casa y miembro de familia, fueron descritos como roles activos en el pasado, continuidad de los roles en el presente y futura participación de los roles. El rol de aficionado se estableció como rol activo en el pasado para mujeres con cáncer de mama a diferencia del rol no activo en mujeres sin cáncer de mama; en el presente, se destacó pérdida del rol para mujeres con cáncer de mama, mientras que para las mujeres sin cáncer de mama se observó cómo rol ausente y en ambos grupos consideran participar del rol en el futuro. El rol de miembro activo religioso fue considerado como rol no activo en el pasado para ambos grupos; en el presente, se observó ganancia del rol para mujeres con cáncer de mama y ausencia del rol para mujeres sin cáncer de mama y en el futuro, las mujeres con y sin cáncer de mama consideraron participar en el rol. En el rol de participante en organizaciones, ambos grupos consideraron como rol no activo en el pasado, ausencia del rol en el presente y no participación del rol en el futuro. (Ver tabla 8,9)

Con respecto al grupo etario (< 50 años), el rol de estudiante fue descrito como rol no activo de estudiante en el pasado, ausencia del rol en el presente y no participación del rol en el futuro para ambos grupos de estudio. El rol de trabajador, ama de casa y miembro de familia, fue observado cómo roles activos en el pasado; en el presente, se evidenció continuidad de roles y en el futuro, las mujeres con y sin cáncer consideran participar en el rol. En ambos grupos de estudio; los roles de voluntario y participante en organizaciones fueron destacados como roles no activos en el pasado, en el presente se mantuvo como ausencia del rol y en el futuro, las mujeres con cáncer de mama consideran participar en el rol de voluntario a diferencia de la no participación en el rol de participante en organizaciones. Los roles de

proveedor de cuidados y amigo fueron observados como roles activos en el pasado para ambos grupos; en el presente, se evidencio perdida de roles para mujeres con cáncer de mama, a diferencia de la continuidad de roles para mujeres sin cáncer de mama; ambos grupos consideraron participar en los roles a futuro. El rol de miembro activo religioso se mantuvo como rol activo en el pasado para mujeres con cáncer de mama a diferencia del rol no activo en mujeres sin cáncer de mama; en el presente, se destacó cómo ganancia del rol para mujeres con cáncer de mama, mientras que para las mujeres sin cáncer de mama, se observó continuidad del rol y en ambos grupos consideraron participar del rol en el futuro. (Ver tabla 8,9)

Tabla 1: Características sociodemográficas de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama. (N = 50)

Variables	Cáncer de mama (n= 25)	Sin Cáncer de mama (n= 25)
	N (%)	N (%)
Demografía		
Edad (años)		
< 40	1 (4)	1 (4)
40 – 50	14 (56)	14 (56)
> 50	10 (40)	10 (40)
Grado de instrucción		
Educación Primaria	3 (12)	3 (12)
Educación secundaria	18 (72)	18 (72)
Educación superior no universitario	2 (8)	2 (8)
Educación superior universitario	2 (8)	2 (8)
Estado civil		
Soltera	11 (44)	11 (44)
Casada/Conviviente	12 (48)	12 (48)
Otros	2 (8)	2 (8)
Residencia		
Cono Sur	8 (32)	8 (32)
Cono Norte	2 (8)	2 (8)
Cono Este	10 (40)	10 (40)
Cono oeste	1 (4)	1 (4)
Centro	4 (16)	4 (16)
Empleo		
Si	5 (20)	21 (84)
Ocupación		
Ama de casa	5 (20)	4 (16)
Comercio	19 (76)	18 (72)
Profesional universitario / no universitario	1 (4)	2 (8)
Salario		
Menor al mínimo	3 (12)	6 (24)
Mayor al mínimo	2 (8)	15 (60)
Sin ingresos	20 (80)	4 (16)

Tabla 2: Roles ocupacionales en el pasado, presente y futuro de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas. (N = 25)

Roles	Cáncer de mama (n= 25)							
	PASADO		PRESENTE				FUTURO	
	Activo	No activo	Ausente	Continuidad	Perdida	Ganancia	Participación	No Participación
	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)
Estudiante	8 (32)	17 (68)	17 (68)	0 (0)	8 (32)	0 (0)	8 (32)	17 (68)
Trabajador	20 (80)	5 (20)	5 (20)	5 (20)	15 (60)	0 (0)	20 (80)	5 (20)
Voluntario	4 (16)	21 (84)	21 (84)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	22 (88)	3 (12)
Proveedor de cuidados	19 (76)	6 (24)	4 (16)	6 (24)	13 (52)	2 (8)	21 (84)	4 (16)
Ama de casa	25 (100)	0 (0)	0 (0)	18 (72)	7 (28)	0 (0)	25 (100)	0 (0)
Amigo	23 (92)	2 (8)	1 (4)	7 (28)	16 (64)	1 (4)	23 (92)	2 (8)
Miembro de familia	21 (84)	4 (16)	0 (0)	15 (60)	6 (24)	4 (16)	25 (100)	0 (0)
Miembro activo religioso	11 (44)	14 (56)	6 (24)	4 (16)	7 (28)	8 (32)	21 (84)	4 (16)
Aficionado	21 (84)	4 (16)	2 (8)	7 (28)	14 (56)	2 (8)	22 (88)	3 (12)
Participación de organizaciones	4 (16)	21 (84)	21 (84)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	7 (28)	18 (72)

Tabla 3: Roles ocupacionales en el pasado, presente y futuro de mujeres sin cáncer de mama. (N = 25)

Roles	Sin cáncer de mama (n= 25)							
	PASADO		PRESENTE				FUTURO	
	Activo	No activo	Ausente	Continuidad	Perdida	Ganancia	Participación	No Participación
	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)
Estudiante	2 (8)	23 (92)	23 (92)	2 (8)	0 (0)	0 (0)	4 (16)	21 (84)
Trabajador	19 (76)	6 (24)	4 (16)	19 (76)	0 (0)	2 (8)	21 (84)	4 (16)
Voluntario	4 (16)	21 (84)	21 (84)	4 (16)	0 (0)	0 (0)	18 (72)	7 (28)
Proveedor de cuidados	16 (64)	9 (36)	6 (24)	16 (64)	0 (0)	3 (12)	19 (76)	6 (24)
Ama de casa	25 (100)	0 (0)	0 (0)	25 (100)	0 (0)	0 (0)	25 (100)	0 (0)
Amigo	18 (72)	7 (28)	7 (28)	18 (72)	0 (0)	0 (0)	21 (84)	4 (16)
Miembro de familia	25 (100)	0 (0)	0 (0)	25 (100)	0 (0)	0 (0)	25 (100)	0 (0)
Miembro activo religioso	10 (40)	15 (60)	12 (48)	10 (40)	0 (0)	3 (12)	23 (92)	2 (8)
Aficionado	14 (56)	11 (44)	10 (40)	14 (56)	0 (0)	1 (4)	24 (96)	1 (4)
Participación de organizaciones	4 (16)	21 (84)	21 (84)	4 (16)	0 (0)	0 (0)	8 (32)	17 (68)

Tabla 4: Roles ocupacionales en el pasado de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama. (N = 50)

Roles	Cáncer de mama (n= 25)		Sin cáncer de mama (n= 25)	
	Activo	No activo	Activo	No activo
	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)
Estudiante	8 (32)	17 (68)	2 (8)	23 (92)
Trabajador	20 (80)	5 (20)	19 (76)	6 (24)
Voluntario	4 (16)	21 (84)	4 (16)	21 (84)
Proveedor de cuidados	19 (76)	6 (24)	16 (64)	9 (36)
Ama de casa	25 (100)	0 (0)	25 (100)	0 (0)
Amigo	23 (92)	2 (8)	18 (72)	7 (28)
Miembro de familia	21 (84)	4 (16)	25 (100)	0 (0)
Miembro activo religioso	11 (44)	14 (56)	10 (40)	15 (60)
Aficionado	21 (84)	4 (16)	14 (56)	11 (44)
Participación de organizaciones	4 (16)	21 (84)	4 (16)	21 (84)

Tabla 5: Roles ocupacionales en el presente de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama. (N = 50)

Roles	Cáncer de mama (n= 25)				Sin cáncer de mama (n= 25)			
	Ausente	Continuidad	Perdida	Ganancia	Ausente	Continuidad	Perdida	Ganancia
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Estudiante	17 (68)	0 (0)	8 (32)	0 (0)	23 (92)	2 (8)	0 (0)	0 (0)
Trabajador	5 (20)	5 (20)	15 (60)	0 (0)	4 (16)	19 (76)	0 (0)	2 (8)
Voluntario	21 (84)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	21 (84)	4 (16)	0 (0)	0 (0)
Proveedor de cuidados	4 (16)	6 (24)	13 (52)	2 (8)	6 (24)	16 (64)	0 (0)	3 (12)
Ama de casa	0 (0)	18 (72)	7 (28)	0 (0)	0 (0)	25 (100)	0 (0)	0 (0)
Amigo	1 (4)	7 (28)	16 (64)	1 (4)	7 (28)	18 (72)	0 (0)	0 (0)
Miembro de familia	0 (0)	15 (60)	6 (24)	4 (16)	0 (0)	25 (100)	0 (0)	0 (0)
Miembro activo religioso	6 (24)	4 (16)	7 (28)	8 (32)	12 (48)	10 (40)	0 (0)	3 (12)
Aficionado	2 (8)	7 (28)	14 (56)	2 (8)	10 (40)	14 (56)	0 (0)	1 (4)
Participación de organizaciones	21 (84)	0 (0)	4 (16)	0 (0)	21 (84)	4 (16)	0 (0)	0 (0)

Tabla 6: Roles ocupacionales en el futuro de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama. (N = 50)

Roles	Cáncer de mama (n= 25)		Sin cáncer de mama (n= 25)	
	Participación	No Participación	Participación	No Participación
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Estudiante	8 (32)	17 (68)	4 (16)	21 (84)
Trabajador	20 (80)	5 (20)	21 (84)	4 (16)
Voluntario	22 (88)	3 (12)	18 (72)	7 (28)
Proveedor de cuidados	21 (84)	4 (16)	19 (76)	6 (24)
Ama de casa	25 (100)	0 (0)	25 (100)	0 (0)
Amigo	23 (92)	2 (8)	21 (84)	4 (16)
Miembro de familia	25 (100)	0 (0)	25 (100)	0 (0)
Miembro activo religioso	21 (84)	4 (16)	23 (92)	2 (8)
Aficionado	22 (88)	3 (12)	24 (96)	1 (4)
Participación de organizaciones	7 (28)	18 (72)	8 (32)	17 (68)

Tabla 7: Percepción de roles ocupacionales de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas y mujeres sin cáncer de mama. (N = 50)

Roles	Cáncer de mama (n= 25)			Sin cáncer de mama (n= 25)		
	Muy valioso	Algún valor	No muy valioso	Muy valioso	Algún valor	No muy valioso
	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)	No. (%)
Estudiante	3 (12)	19 (76)	3 (12)	16 (64)	9 (36)	0 (0)
Trabajador	18 (72)	7 (28)	0 (0)	24 (96)	1 (4)	0 (0)
Voluntario	10 (40)	15 (60)	0 (0)	16 (64)	9 (36)	0 (0)
Proveedor de cuidados	18 (72)	7 (28)	0 (0)	24 (96)	1 (4)	0 (0)
Ama de casa	15 (60)	8 (32)	2 (8)	20 (80)	5 (20)	0 (0)
Amigo	10 (40)	14 (56)	1 (4)	12 (48)	12 (48)	1 (4)
Miembro de familia	22 (88)	2 (8)	1 (4)	25 (100)	0 (0)	0 (0)
Miembro activo religioso	14 (56)	9 (36)	2 (8)	19 (76)	6 (24)	0 (0)
Aficionado	11 (44)	13 (52)	1 (4)	15 (60)	10 (40)	0 (0)
Participación de organizaciones	1 (4)	9 (36)	15 (60)	5 (20)	11 (44)	9 (36)

Tabla 8: Roles ocupacionales de acuerdo al grupo etario de mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, atendidas en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas. (N = 25)

Edad	Roles	Cáncer de mama (n= 25)							
		PASADO		PRESENTE				FUTURO	
		Activo	No activo	Ausente	Continuidad	Perdida	Ganancia	Participación	No Participación
		No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)
>40 (n=01)	Estudiante	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Trabajador	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Voluntario	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Proveedor de cuidados	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Ama de casa	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Amigo	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Miembro de familia	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Miembro activo religioso	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)
	Aficionado	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)
	Participación de organizaciones	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)
40 - 50 (n=14)	Estudiante	5 (20)	9 (36)	9 (36)	0 (0)	5 (20)	0 (0)	5 (20)	9 (45)
	Trabajador	13 (52)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	13 (52)	0 (0)	13 (52)	1 (4)
	Voluntario	2 (8)	12 (48)	12 (48)	0 (0)	2 (8)	0 (0)	14 (56)	0 (0)
	Proveedor de cuidados	11 (44)	3 (12)	2 (8)	3 (12)	8 (32)	1 (4)	13 (52)	1 (4)
	Ama de casa	14 (56)	0 (0)	0 (0)	11 (44)	3 (12)	0 (0)	13 (52)	1 (4)
	Amigo	14 (56)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (40)	4 (16)	14 (56)	0 (0)
	Miembro de familia	12 (48)	2 (8)	0 (0)	8 (32)	4 (16)	2 (8)	14 (56)	0 (0)
	Miembro activo religioso	6 (24)	8 (32)	3 (12)	1 (4)	5 (20)	5 (20)	12 (48)	2 (8)
	Aficionado	11 (44)	3 (12)	2 (8)	1 (4)	7 (28)	2 (8)	13 (52)	1 (4)
	Participación de organizaciones	2 (8)	12 (48)	12 (48)	0 (0)	2 (8)	0 (0)	6 (26)	8 (32)
<50 (n=10)	Estudiante	2 (8)	8 (32)	8 (32)	0 (0)	2 (8)	0 (0)	2 (8)	8 (32)
	Trabajador	6 (24)	4 (16)	4 (16)	4 (16)	2 (8)	0 (0)	6 (24)	4 (16)
	Voluntario	2 (8)	8 (32)	8 (32)	0 (0)	2 (8)	0 (0)	9 (36)	1 (4)
	Proveedor de cuidados	7 (28)	3 (12)	2 (8)	2 (8)	5 (20)	1 (4)	7 (28)	3 (12)
	Ama de casa	10 (40)	0 (0)	0 (0)	6 (24)	4 (16)	0 (0)	9 (36)	1 (4)
	Amigo	9 (36)	1 (4)	1 (4)	2 (8)	6 (24)	1 (4)	8 (32)	2 (4)
	Miembro de familia	8 (32)	2 (8)	0 (0)	6 (24)	2 (8)	2 (8)	10 (40)	0 (0)
	Miembro activo religioso	5 (20)	5 (20)	2 (8)	3 (12)	2 (8)	3 (12)	9 (36)	1 (4)
	Aficionado	9 (36)	1 (4)	1 (4)	4 (16)	5 (20)	0 (0)	9 (36)	1 (4)
	Participación de organizaciones	2 (8)	8 (32)	8 (32)	0 (0)	2 (8)	0 (0)	1 (4)	9 (36)

Tabla 8: Roles ocupacionales de acuerdo al grupo etario de mujeres sin cáncer de mama (N = 25)

Edad	Roles	Sin cáncer de mama (n= 25)							
		PASADO		PRESENTE				FUTURO	
		Activo	No activo	Ausente	Continuidad	Perdida	Ganancia	Participación	No Participación
		No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)	No.(%)
>40 (n=01)	Estudiante	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Trabajador	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Voluntario	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Proveedor de cuidados	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Ama de casa	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Amigo	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Miembro de familia	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Miembro activo religioso	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Aficionado	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
	Participación de organizaciones	0 (0)	1 (4)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	0 (0)
40 - 50 (n=14)	Estudiante	1 (4)	13 (52)	13 (52)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	2 (8)	12 (48)
	Trabajador	12 (48)	2 (8)	1 (4)	12 (48)	0 (0)	1 (4)	14 (56)	0 (0)
	Voluntario	3 (12)	11 (44)	11 (44)	3 (12)	0 (0)	0 (0)	13 (52)	1 (4)
	Proveedor de cuidados	9 (36)	5 (20)	2 (8)	9 (36)	0 (0)	3 (12)	11 (44)	3 (12)
	Ama de casa	14 (56)	0 (0)	0 (0)	14 (56)	0 (0)	0 (0)	14 (56)	0 (0)
	Amigo	11 (44)	3 (12)	3 (12)	11 (44)	0 (0)	0 (0)	12 (52)	2 (8)
	Miembro de familia	14 (56)	0 (0)	0 (0)	14 (56)	0 (0)	0 (0)	14 (56)	0 (0)
	Miembro activo religioso	4 (16)	10 (40)	8 (32)	4 (16)	0 (0)	2 (8)	12 (48)	2 (8)
	Aficionado	5 (20)	9 (36)	8 (32)	5 (20)	0 (0)	1 (4)	13 (52)	1 (4)
	Participación de organizaciones	2 (8)	12 (48)	12 (48)	2 (8)	0 (0)	0 (0)	5 (20)	9 (36)
<50 (n=10)	Estudiante	0 (0)	10 (40)	10 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4)	9 (36)
	Trabajador	6 (24)	4 (16)	3 (12)	6 (24)	0 (0)	1 (4)	6 (24)	4 (16)
	Voluntario	1 (4)	9 (36)	9 (36)	1 (4)	0 (0)	0 (0)	7 (28)	3 (12)
	Proveedor de cuidados	6 (24)	4 (16)	3 (12)	6 (24)	0 (0)	0 (0)	7 (28)	3 (12)
	Ama de casa	10 (40)	0 (0)	0 (0)	10 (40)	0 (0)	0 (0)	10 (40)	0 (0)
	Amigo	6 (24)	4 (16)	4 (16)	6 (24)	0 (0)	0 (0)	8 (32)	2 (8)
	Miembro de familia	10 (40)	0 (0)	0 (0)	10 (40)	0 (0)	0 (0)	10 (40)	0 (0)
	Miembro activo religioso	6 (24)	4 (16)	3 (12)	6 (24)	0 (0)	1 (1)	10 (40)	0 (0)
	Aficionado	8 (32)	2 (8)	2 (8)	8 (32)	0 (0)	0 (0)	10 (40)	0 (0)
	Participación de organizaciones	2 (8)	8 (32)	8 (32)	2 (8)	0 (0)	0 (0)	2 (8)	8 (32)

IV. DISCUSIÓN

Se evaluó dos grupos de mujeres, con y sin cáncer de mama y se analizó en ambos, sus roles ocupacionales. El rol de trabajador en ambos grupos de estudio, se destacó como rol activo en el pasado, sin embargo en el periodo de tiempo del presente, se observa pérdida del rol en la mayoría de mujeres con cáncer de mama a diferencia de la continuidad de rol en las mujeres sin cáncer de mama, la frecuencia significativa de pérdida del rol, puede deberse a los efectos secundarios como consecuencia del tratamiento con quimioterapia⁵, la disparidad entre las medidas de apoyo en el trabajo y beneficios de la empresa para la continuidad del rol en el presente²⁵, teniendo como actividad económica la práctica del comercio en la mayoría de ellas. Ambos grupos de estudio consideraron retomar y continuar participando del rol en el futuro, la percepción del rol del trabajador fue descrito como muy importante, por ende puede considerarse como rol de gran impacto en la productividad de las mujeres con cáncer de mama y posibilitar a re significar el rol del trabajador en el futuro. El trabajo es considerado como la ocupación que establece estatus significativo para la sociedad y para sí mismo por razones financieras, emocionales y psicosociales como el deseo de sentirse productiva, y por cuestiones de realización personal²⁵; ante la pérdida en la participación del rol, su impacto no es solo a nivel socioeconómico, sino también emocional y psicosocial que devienen de los efectos del tratamiento del cáncer de mama. Según la Investigación realizada por Molina y Feliu, la rehabilitación laboral es un aspecto a considerar desde las etapas iniciales de la enfermedad debido a la importancia psicosocial para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer, para ello, se requiere de un trabajo multidisciplinario para mejorar el funcionamiento y maximizar la independencia de la población afectada, considerando que la terapia ocupacional junto con el tratamiento específico del tumor, posibilitará y mejorará la reinserción laboral.⁴⁰

La ausencia del rol de estudiante en el presente para ambos grupos, puede deberse a cambios o transiciones socioculturales³¹, es decir, ejercer participación en otro rol importante como el de trabajador, ya que las elecciones ocupacionales se consideran como compromiso deliberado que permite establecer roles ocupacionales, adquirir nuevos hábitos o emprender un proyecto personal³⁷. En tanto el rol del voluntario fue considerado como rol no activo en el pasado, ausente en el presente pero con posibilidad de participación ocupacional del rol en el futuro. El rol del voluntario se expresa como una actitud positiva que genera que las personas que participan ocupacionalmente en el rol, produzcan alto grado de satisfacción vital logrado al ayudar a otras personas o servir a la sociedad, desde la percepción psicológica, ello permite generar un mayor bienestar personal y social.³⁸

Otro rol ocupacional importante es el de proveedor de cuidados, considerado en ambos grupos de estudio como un rol activo en el pasado, y con pérdida del rol en mujeres con cáncer de mama en el presente, lo cual podría deberse al proceso de diagnóstico, tratamiento y sus consecuencias físicas, psicológicas y mentales que genera alteración y transición de rol de proveedor de cuidados a ser cuidado a consecuencia del cáncer, provocando ruptura de identidad, permeada de ideas de que el cuerpo está enfermo, sentimientos de incapacidad que disocia de sus capacidades y despojo del control sobre sí mismo, modificando así su dinámica familiar, las expectativas y los sentimientos de las mujeres con cáncer^{6,21}.

En cuanto al rol de ama de casa, no se observó diferencia significativa entre ambos grupos; sin embargo se destaca en menor frecuencia la pérdida del rol en una parte de mujeres con cáncer de mama. El rol del ama de casa no es cuantificable desde la perspectiva de la economía doméstica, por ello se considera al rol de ama de casa como inactiva económicamente a diferencia del rol del trabajador, la importancia del rol de ama de casa radica en la responsabilidad y el desempeño de conjunto de tareas que implican

administrar, mantener la salud, el humor, la moral en la vida familiar en general.³⁹ La pérdida del rol también pueden devenir de consecuencias físicas a causa del tratamiento con quimioterapia que dificulta la realización de actividades domésticas repercutiendo de manera directa en la participación ocupacional del rol y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama³².

El rol de amigo permite establecer relaciones interpersonales en la sociedad. Las dificultades en el rol de amigo por parte de las mujeres con cáncer puede deberse a aspectos físicos como alteración en la imagen corporal que causa inestabilidad emocional y afecta de manera directa la continuidad de relaciones interpersonales^{33,34}.

Con respecto al rol de miembro activo de un grupo religioso, este puede devenir como posibles situaciones de enfrentamiento ante la enfermedad, muchas veces, utilizando recursos de orden religioso para entender y confrontar el diagnóstico del cáncer^{35, 36}. En ambos grupos se destaca el rol de miembro activo religioso como participación en el futuro, así mismo la percepción del rol fue considerada como muy importante para el presente y futuro.

En ambos grupos de estudio, se estableció el rol de aficionado como un rol activo en el pasado, en el presente se observó cómo pérdida de rol para mujeres con cáncer. Es importante resaltar que el rol de aficionado se vincula como una actividad significativa, no obligatoria, motivada intrínsecamente y realizada durante el tiempo libre que permitan explorar y participar de forma placentera.⁹ De esta manera, contribuye que la persona establezca un sentir, pensar y hacer único en la participación ocupacional del rol ^{6,37}, que favorece el bienestar en la salud física, mental y emocional ³⁶, por ello es significativo la retoma del rol de aficionado en las mujeres con cáncer de mama que permitirá mejorar la calidad de vida de la población afectada.

Con relación al rol de participación en organizaciones, parecería no ser importante en mujeres con cáncer de mama e importante en mujeres sin cáncer, se infiere que el grado de instrucción y actividad económica del grupo de estudio, así como las oportunidades que ofrece o restringe el ambiente, puede ser un factor importante para la participación en organizaciones, ello puede influir en la baja frecuencia de dicho rol en el pasado, presente y futuro, así como la percepción del mismo.

Las limitaciones del estudio incluyen un tamaño de muestra pequeño que no permite establecer asociaciones entre variables dicotómicas (tener/no tener cáncer versus variables sociodemográficas), así como también el diseño de encuesta sociodemográfica realizada, esta no consideró preguntas más específicas en los ítems descritos, solo se realizó descripción informativa de los datos sociodemográficos.

V. CONCLUSIONES

- El estudio realizado en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, determinó que los roles ocupacionales varían en mayor frecuencia en el periodo de tiempo presente, resaltando pérdida de los roles del trabajador, proveedor de cuidados, amigo y aficionado, sin embargo también se obtuvo ganancia del rol de miembro activo religioso.
- A diferencia de las mujeres sin cáncer de mama, solo se observó ausencia del rol de miembro activo religioso y continuidad de roles considerados como pérdida para las mujeres con cáncer de mamá.
- En la comparación de ambos grupos de estudio, se observó que varió como pérdida en 4 de 10 roles y ganancia – pérdida del rol de miembro activo religioso, mientras que se mantuvo en continuidad en 2 de los 10 de roles ocupacionales para mujeres con cáncer de mama. Se puede inferir que la continuidad de los roles ocupacionales en mujeres con cáncer de mama fue menor en frecuencia que mujeres sin cáncer de mama en el periodo de tiempo presente.
- Con respecto a la percepción de los roles ocupacionales, se destacó que 3 de los 4 roles descritos como pérdida para las mujeres con cáncer de mama fueron considerados también como roles muy importantes, mientras que el rol de miembro activo religioso descrito como ganancia – pérdida fue considerado como muy importante. Las mujeres sin cáncer de mama consideraron como muy importante en 9 de los 10 roles, a excepción del rol de participación de organizaciones que fue descrito como sin importancia para ambos grupos.

- El tamaño de muestra pequeño no permite extrapolar los resultados a la población peruana con cáncer de mama.
- No existe conflicto de intereses entre el investigador, asesor e institución durante el proceso y finalización del estudio.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda considerar otros tipos de tratamiento dentro del equipo de profesionales de la salud en el área de oncología, como la terapia ocupacional, debido a que los resultados del presente estudio resaltan que existen modificaciones de roles ocupacionales, lo cual demuestra que el impacto del cáncer de mama no es solo de tipo biológico y/o anatómico que deviene de la enfermedad, sino también afecta aspectos psicológicos, emocionales y sobre todo las dimensiones del hacer ocupacional que puede repercutir negativamente en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Así como también propiciar espacios para iniciar proceso de sensibilización sobre la terapia ocupacional en el área de oncología como parte del equipo interdisciplinario y para el conocimiento de los usuarios sobre la importancia de nuestra intervención.
- Se sugiere la continuidad de investigación de los roles ocupacionales de manera más específica en el área de oncología, ya que no se encontró referencias bibliográficas sobre el tema en el país y su impacto en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. O.M.S. Informe mundial sobre el cáncer.2014
Recurso:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>; O.M.S.; 2014
[citado febrero,2015].
2. Ramos Muñoz W, Venegas Ojeda RD. Análisis de la situación de cáncer en el Peru, 2013. Ministerio de Salud, 2013 .Contract No.: 978-9972-820-99-1.
3. Zaharia M. El cáncer como problema de salud publica en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica: Editorial; 2013. p. 7-8.
4. INEN. Protocolo de manejo multidisciplinario de cáncer de mama. In: Neoplásicas, editor. Ministerio de Salud,2005. p. 105.
5. Fernández Rodríguez C, Padierna Sánchez C, Villoria Fernández E, Amigo Vázquez I, Fernández Martínez R, Peláez Fernández I. Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. Psicothema; 2011. p. 374 - 81.
6. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación. 3a ed.Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana,2004. 643 p.6.
7. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación. 4a ed.Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana,2011. 566 p.5.
8. Barrozo Maciel B, Ricz Alves MH, De Carlo do Prado MM. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. Rev Ter Ocup Univ. São Paulo set/dez 2014. p. 255-63.
9. AOTA. Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process.2nd. The American Journal Occupational Therapy. Nov/Dec 2008. p. 625 - 83.
10. Gil Nunes AN, De Carlo Rodrigues do Prado MM. Os papéis ocupacionais de pessoas hospitalizadas em decorrência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O mundo da Saúde: São Paulo; 2014. p. 178-88.

11. Cestari Quiles ML, Ribeiro Pessa PR. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. EBSCOhost.: Rev,Latino-Am.Enfermagem.; Mar-Abr.2012.
12. De Souza Alves DF, Da Cruz Cezar MD, Ferrigno Vergotti SI, Tsukimoto Rodrigues G, Figliola Silvia C. Correlação entre papéis ocupacionais e independência de usuários com lesão medular em processo de reabilitação. São Paulo: O mundo da Saúde; 2013. p. 166-75.
13. Perreira Melo M, Cavalcanti A, Cunha da Silva HJ, Cordeiro Rjeille JJ. Papéis Ocupacionais de individuos em condições reumatológicas. Rev Ter Ocup Univ.São Paulo. Maio/ago,2013. p. 127-33.
14. Hallet DJ, Zasler DN, Cash S. Role Change After Traumatic Brain Injury in Adults. EBSCOhost.: The American Journal of Occupational Therapy; 1992. p. 241-6.
15. Palmadottir G. The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: A qualitative study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy,2010. p. 299-307.
16. O.M.S. Câncer de Mama: Prevenção y Control Recurso:<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>; O.M.S; 2015 [citado febrero, 2015].
17. Guevara C G, Chacaltana M A. Aspectos epidemiológicos del Câncer de Mama en el Hospital Regional de Ica. Rev.Soc.Peruana de Medicina Interna; 2003.
18. Pinto Larrea EI, Tipismana Pinto RI. Perfil epidemiológico, clínico y anatomopatológico del câncer de mama en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, enero-diciembre 2011. Rev.cuerpo méd. HNAAA,2013.
19. De carlo Rodrigues do Prado MM, Luzo de Miranda CM. Terapia Ocupacional, Reabilitação Física e Contextos Hospitalares. In: Pengo Boletti MSM, Santos De Almeida W, editors. O Papel do Terapeuta Ocupacional em Oncologia. I. 1a ed. São Paulo: Roca; 2004. p. 244-6.

20. Cooper J. Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. In: Cooper J, editor. what is cancer? 2nd ed. UK.: John Willey & Sons, Ltd; 2006. p. 7-8.
21. Arman M, Rehnsfeldt A, Carlsson M, Harmrin E. Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care. European Journal of Cancer Care, 2001. p. 192-200.
22. Longpré S, Newman R. The Role of Occupational Therapy in Oncology. Resource: <http://www.aota.org/practice/rehabilitation-disability/emerging-niche/cancer.aspx>: American Occupational Therapy Association, Inc.; 2011.
23. Delulio D. E, Hughes K. J. Occupational Therapy's Role in Breast Cancer Rehabilitation Resource: <http://www.aota.org/practice/rehabilitation-disability/emerging-niche/cancer.aspx>: American Occupational Therapy Association, Inc.; 2012.
24. Kielhofner G, Fossyth K, Barrett L, editors. Modelo de Ocupación Humana. En: Crepeau Blesedell E, Cohn SE, Schell Boyd AB. Willard & Spackman, Terapia Ocupacional. 10° ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2008. p. 212-8.
25. Association. CaC. Supporting Workplace Conversations. <http://www.cancerandcareers.org/newsfeed/news/posts/2014/12/featured-new-survey-finds-77>: Pfizer.; 2014. [Cited february, 2015].
26. American Cancer Society. Breast cancer. Resource: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-what-is-breast-cancer>: American Cancer Society; 2015 [Cited february, 2015].
27. W.F.O.T. Definition of Occupational Therapy. Resource: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>: World Federations of Occupational Therapists.; 2015 [Cited february, 2015].
28. Aponte J, Brown D, Collins H, Copeland J, Haines J, Islam A, et al. Centers of Disease Control and Prevention. CDC 24/7: Saving Lives. Protecting People. Resource: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>: USA.gov.; 2008.

29. Oackley F, Kielhofner G, Barris R. Role Checklist Translated MOHO Assessments.
Resoruce:<http://www.cade.uic.edu/moho/resources/translations.aspx>; Model Of Human Occupation, Theory and Application; 1985.
30. García Gracia M, Merino Pareja R. Transición a la vida adulta: Nuevas y viejas desigualdades en función del género. REIS.: Centro de Investigaciones Sociológicas.; Enero 2006. p. 115 - 62(8).
31. Yélamos C, Montesinos Marín F, Eguino A, Fernández B, Gonzáles A, García de Paredes M, et al. Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología. Dialnet.2007. p. 143 - 64.
32. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. In: Psicooncología., editor.: Asociación Española Contra el Cáncer. Universidad Complutense de Madrid.; 2004. p. 169 - 80.
33. Gonçalves de Olivera C, Fernandes Tavares Gomes Cunha MdC, Betanho Campana Neves AN, Cabello C, Shimo Kakuda Ak. Instrumentos para avaliar a imagen corporal de mulheres com câncer de mama. Psicologia: Teoria e Prática. Redalyc.org.: Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil.; 2012. p. 44 - 55.
34. Galvis López M, Pérez Giraldo B. Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. In: Aquichán., editor.: Scielo Colombia.; Sept/Dic.2011. p. 256 - 73.
35. Scandiuzzi T, Da Silva Riul S. Uma intervenção da terapia ocupacional entre pacientes em tratamento quimioterápico de câncer de mama. Revista Mineira de Enfermagem.Jan/Mar. 2008. p. 131 - 6.
36. De las Heras de Pablo CG, Modelo de Ocupación Humana.1ª ed. Madrid: Editorial Síntesis,2015.p.278.Contract N°.:978-84-9077-132-7.

37. Gallarza MG, Arteaga-Moreno F, Servera-Francés D, Fayos-Gardó T. Participar como voluntario en eventos especiales: comparacion entre el valor esperado y percibido. *Innovar* 2016;26(59):47-60.
38. Carreño M, Rabazas T. Sobre el trabajo de ama de casa. Reflexiones a partir del análisis de manuales de Economía doméstica/A Housewife's Work. An Exploration into Home Economics Textbooks. *Revista Complutense de Educación* 2010;21(1):55-72.
39. Molina R, Feliu J. LA REINSERCIÓN LABORAL: UN NUEVO RETO EN EL PACIENTE CON CÁNCER. *Psicooncología* 2011;8(1):45-51.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DE CHEQUEO

[illegible]

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Fecha:

Nº:

Yohe sido invitada a participar en una investigación titulada: **“ROLES OCUPACIONALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS”**, con el objetivo de brindar información sobre mis roles ocupacionales, que permitirá comprender mejor la vida ocupacional del grupo de estudio y proponer cambios o mejoras en los protocolos de atención. Para ello tendré que responder a un cuestionario con 2 secciones y 1 encuesta sociodemográfica, en aproximadamente de 20 minutos, así como también el investigador realizará la revisión de mi historia clínica.

Esta investigación es realizada por Yeni Varillas Tacza, Bachiller de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos,

Comprendo que toda la información que proporcionare será restringida al investigador e institución donde se desarrollará el estudio, por ende mi identidad no será revelada por ningún motivo. Entiendo que en estas pruebas no existe ningún riesgo previsto o eventual en mi salud durante la participación del estudio.

De tener preguntas adicionales sobre los resultados de este estudio cuando se haya concluido, puedo contactar con la investigadora Bch. Yeni Varillas Tacza al teléfono 992038875 y correo electrónico Varillasto10@gmail.com. Para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes contactar con el Presidente del Comité Institucional de Ética de Investigación (CIEI) del INEN: Arístides Juvenal Sánchez Lihón, y los siguientes datos del CIEI: teléfono 201-6500, anexo 3001 y correo electrónico: comité_etica@inen.sld.pe.

Finalmente recibiré una copia de este consentimiento informado.

CONFORME A TODO LO EXPRESADO EN LINEAS ANTERIORES, EXPRESO MI LIBRE PARTICIPACIÓN EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

.....
Firma del participante

ANEXO 3

LISTADO DE ROLES

Nombre:.....

Fecha:.....

Edad:.....Grado de instrucción.....

Estado Civil: Soltera.... Casada.... Separada.... Divorciada.... Viuda.....

Jubilada: Si.....no.....

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

PRIMERA PARTE: Al lado de cada rol indica con una "X" si realizabas esos roles en el pasado, si tienes esos roles o en el presente y si planeas realizar ese rol en el futuro. Puedes marcar más de una columna por cada rol. Ejemplo: Si realizabas servicios de voluntario en el pasado, en el presente no lo ofreces, pero planeas en futuro volver a ofrecerlo, entonces marcarías con una "X" las columnas de pasado y futuro.

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO
<u>ESTUDIANTE:</u> Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<u>TRABAJADOR:</u> empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<u>VOLUNTARIO:</u> ofrecer servicios sin recibir pago alguno de algún hospital, escuelas, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
<u>PROVEEDOR DE CUIDADOS:</u> Tener responsabilidad de cuidar niños, esposo/esposa, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>AMA O AMO DE CASA:</u> Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>AMIGO(A):</u> pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>MIEMBRO DE FAMILIA:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padre u otro familiar, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:</u> Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>AFICIONADO:</u> Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún tocar algún instrumento, deporte, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>PARTICIPACIÓN DE ORGANIZACIONES:</u> Participar en organizaciones tales como Club de leones, Asociación de fútbol, Asociación de vóley, Asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
<u>OTROS ROLES:</u> Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.....			

Basado en el "ROLE CHECKLIST", Derechos Reservados 1981 y revisado en 1984 por Frances Oakley MS, OTR/L, FAOTA. Servicio de Terapia Ocupacional, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Centro Clínico, Instituto Nacional de Salud, USA.

Traducido por Elsa Mundo OTR/1985.

Traducción revisada por Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR, 1987

SEGUNDA PARTE:

En esta parte están listado los roles anteriores. Al lado de cada rol, marca la columna que mejor indique cuan valioso o importante es ese rol para ti. Marca una respuesta para cada rol aunque lo hayas tenido, ni pienses tenerlo.

ROL	NO VALIOSO Y/O IMPORTANTE	MUY VALIOSO Y/O IMPORTANTE	ALGÚN VALOR Y/O IMPORTANCIA	MUY VALIOSO Y/O IMPORTANTE
<u>ESTUDIANTE</u> : Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.				
<u>TRABAJADOR</u> : empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.				
<u>VOLUNTARIO</u> : ofrecer servicios sin recibir pago alguno de algún hospital, escuelas, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.				
<u>PROVEEDOR DE CUIDADOS</u> : Tener responsabilidad de cuidar niños, esposo/esposa, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.				
<u>AMA O AMO DE CASA</u> : Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar, por lo menos 1 vez por semana.				
<u>AMIGO(A)</u> : pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.				
<u>MIEMBRO DE FAMILIA</u> : Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padre u otro familiar, por lo menos 1 vez por semana.				
<u>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO</u> : Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos 1 vez por semana.				
<u>AFICIONADO</u> : Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún tocar algún instrumento, deporte, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.				
<u>PARTICIPACIÓN DE ORGANIZACIONES</u> : Participar en organizaciones tales como Club de leones, Asociación de futbol, Asociación de vóley, Asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.				
<u>OTROS ROLES</u> : Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.....				

Basado en el "ROLE CHECKLIST", Derechos Reservados 1981 y revisado en 1984 por Frances Oakley MS, OTR/L, FAOTA. Servicio de Terapia Ocupacional, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Centro Clínico, Instituto Nacional de Salud, USA.

Traducido por Elsa Mundo OTR/1985.

Traducción revisada por Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR, 1987

RESUMEN DEL LISTADO DE ROLES

Nombre:.....

Fecha:.....

Edad:.....Grado de instrucción.....

Estado Civil: Soltera.... Casada.... Separada.... Divorciada.... Viuda.....

Jubilada: Si.....no.....

ROL	IDENTIFICACIÓN DEL ROL			VALOR ASIGNADO		
	PASADO	PRESENTE	FUTURO	NINGUNO	ALGUNO	MUCHO
Estudiante						
Trabajador						
Voluntario						
Proveedor de cuidados						
Ama o amo de casa						
Amigo						
Miembro de familia						
Miembro activo de grupo religioso						
Aficionado						
Participante de organizaciones						
Otros:						

Basado en el "ROLE CHECKLIST", Derechos Reservados 1981 y revisado en 1984 por Frances Oakley MS, OTR/L, FAOTA. Servicio de Terapia Ocupacional, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Centro Clínico, Instituto Nacional de Salud, USA.

Traducido por Elsa Mundo OTR/1985.

Traducción revisada por Carmen Gloria de las Heras, MS, OTR, 1987.

ANEXO 4

ENCUESTA

La encuesta deberá llenarse completamente como complemento del estudio. Es de carácter confidencial, lo cual, sus datos personales serán representados en código de participante.

Información sociodemográfico

Código de participante:.....

1. ¿Cuántos años tiene? Año de nacimiento:.....

- a. 18 - 29
- b. 30 - 39
- c. 40 - 49
- d. 50 - 59
- e. 60 - 69
- f. 70 - 79
- g. 80 – a más

2. ¿Cuál es su estado civil?

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Viuda
- d. Divorciada/separada
- e. Conviviente

3. Grado de instrucción:

- a. Educación primaria
- b. Educación secundaria
- c. Educación superior no universitaria
- d. Educación superior universitaria
- e. No especificado

4. Lugar donde reside actualmente :

- a. Región Costa..... Departamento:.....
- b. Región Sierra.....Departamento:.....
- c. Región Selva..... Departamento:.....

5. ¿Actualmente trabaja?

- a. Si.....(A qué se dedica)
- b. No

Agricultura	()
Comercio	()
Profesional no universitario	()
Profesional universitario	()
Otros...	()

6. ¿Recibe pago remunerado por el trabajo?

- a. Si.....
- b. No

Menor a S/.750	()
Mayor a S/.750	()

ANEXO 5

APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACION EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (Universidad del Perú DECANATO DE AMÉRICA) FACULTAD DE MEDICINA	
<small>Año de la Dirección Regional Resoluciones y del Fortalecimiento de la Educación</small>		
Lima, 26 de junio de 2015		
RESOLUCIÓN DE DECANATO N.º 1301-D-FM-2015		
<p>Visto el Expediente N.º 12253-FM-2015 de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de Tesis.</p>		
<p>CONSIDERANDO:</p>		
<p>Que, mediante Oficio N.º 0877/FM-EAPTM/2015, el Director de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica, informa que el Proyecto de Tesis que figura en la propuesta, cuenta con opinión favorable de la Comisión de Investigación de la citada Escuela para su ejecución;</p>		
<p>Que, en las Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, aprobado mediante Resolución de Decanato N.º 1242-FM-1996 de fecha 27 de julio de 1996, ratificada con Resolución Rectoral N.º 5293-CR-1996 de fecha 23 de agosto de 1996, en su Capítulo I. Introducción, se establece lo siguiente: "La tesis deberá ser un trabajo individual inédito de aporte original, que no haya sido presentado en Congresos o Eventos"; así mismo, en su Artículo 6.3 del Capítulo VI se señala que el Proyecto debe ser aprobado por Resolución de Decanato para proceder a su ejecución; y,</p>		
<p>Estando a las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N.º 30220;</p>		
<p>SE RESUELVE:</p>		
<p>1º Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:</p>		
<p>Estudiante: Yeni Varillas Tacza Cód. 10010148 E.A.P. Tecnología Médica Área: Terapia Ocupacional</p> <p>Asesora: Lic. Paula Martha Veslitz Terry Código Docente: 073393</p>		<p style="text-align: center;">Título del Proyecto de Tesis:</p> <p style="text-align: center;">"Roles Ocupacionales en Mujeres con Cáncer de Mama en Tratamiento con Quimioterapia atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima – Perú, 2015"</p>
<p>2º Encargar a la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica, el cumplimiento de la presente resolución.</p>		
<p>Regístrese, comuníquese, archívese.</p>		
		
DR. CARLOS A. SAAVEDRA LEVEAU Director Académico		DR. HERMAN VILDOZOLA GONZALES Decano
<p><small>C.C.: Decanato / EAP Tecnología Médica / Interesada</small></p>		
<p><small>Av. Grau 755 - Lima 1. Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú. Telf. (511) 3283229 - (511) 3283238 Web: www.medicina.unmsm.edu.pe</small></p>		

ANEXO 6

APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

 **PERU** **Ministerio de Salud** **Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas** 

"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"

Surquillo, 20 de Julio del 2015

CARTA N° 051 -2015-CRP-DI-DICON/INEN

Señorita
Yeni Varillas Tacza
Investigadora Principal
Presente.

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente e informarle que el Comité Revisor de Protocolos del Departamento de Investigación del INEN, ha revisado y aprueba el trabajo de Investigación titulado: **"ROLES OCUPACIONALES EN MUJERES DE CANCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, LIMA - PERU 2015"** INEN 15-50.

De acuerdo con las normas deberá presentar un informe sobre los avances del dicho proyecto, así como las conclusiones del mismo a esta Oficina.

Esperando la respuesta para la respectiva aprobación, quedamos de Usted.

Atentamente,


Vásquez Chávez Juli
Presidente de Comité


Odónico Belsuzam Padilla
Miembro de Comité


Sandro Casavilca Zambrano
Miembro de Comité





Marga López Contreras
Miembro de Comité



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
Av. Angamos Este 2520, Lima - 34 Telf.: 201-6500 Fax: 620-4991 Web: www.inen.sld.pe e-mail: postmaster@inen.sld.pe

ANEXO 7

APROBACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL INSTITUTO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.

	PERÚ	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	
"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"				
Surquillo, 28 de agosto del 2015				
<u>CARTA N° 368 – 2015 –CIE/INEN</u>				
Srta. YENI VARILLAS TACZA Investigador Principal, <u>Presente.</u> –				
REF.: PROTOCOLO, INEN 15-50 <u>SOLICITA:</u> REVISIÓN Y APROBACIÓN				
<hr/>				
<p>Mediante el presente, tengo a bien dirigirme a usted para informarle que los Miembros del Comité Institucional de Ética en Investigación del INEN, REVISAN Y APRUEBAN la siguiente documentación remitida del PROTOCOLO: "ROLES OCUPACIONALES EN MUJERES CON CANCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS LIMA – PERU 2015"</p>				
<ul style="list-style-type: none">• Protocolo de Investigación: "ROLES OCUPACIONALES EN MUJERES CON CANCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS, LIMA – PERU, 2015"• Formulario de Consentimiento Informado de autorización para la realización de recolección de datos según refiere el protocolo de investigación.				
 Atentamente,				
 Dr. ARISTIDES JUVENAL SÁNCHEZ URÓN Presidente Comité Institucional de Ética en Investigación Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas				
 c.c.: Archivo L. ESTRELLA				
<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS</small>				
<small>Av. Angamos Este 2520, Lima – 34 Telf.: 201 - 6500 Fax: 620-4991 Web: www.inen.sld.pe e-mail: postmaster@inen.sld.pe</small>				